3 1761 11970927 7


Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

https://archive.org/details/31761119709277

Government Publications

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 46

Thursday, November 22, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 46

Le jeudi 22 novembre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

LIBRARY DEC 11 1990 University of Toronto

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990

35353

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman: Nicole Roy–Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN–ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–présidente: Nicole Roy–Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from the Canadian Government Publishing Center, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, NOVEMBER 22, 1990
(56)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:20 o'clock a.m. this day, in Room 536 Wellington Building, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Jim Karpoff for Joy Langan.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witness: *As individual*: Dr. Barry Jones, Director of Research and Director of Schizophrenia Program, Royal Ottawa Hospital.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Barry Jones made a statement and answered questions.

At 10:46 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 22 NOVEMBRE 1990
(56)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 20, dans la salle 536 de l'édifice Wellington, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Jim Karpoff remplace Joy Langan.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoin: *À titre personnel*: le D[r] Barry Jones, directeur de la recherche et du programme de schizophrénie, Hôpital Royal d'Ottawa.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Barry Jones fait un exposé et répond aux questions.

À 10 h 46, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Thursday, November 22, 1990

• 0922

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum. The committee continues consideration of Canada's health care system and its funding.

This morning we have the pleasure to hear from Dr. Barry Jones, Director of Research and Director of the Schizophrenia Program at the Royal Ottawa Hospital.

We are pleased that you have the time to spend with the committee this morning. We look forward to your testimony. No doubt there will be other members coming as we get into the meeting. I understand that some of you may have commitments prior to 11 a.m. With that, doctor, we welcome you here.

Dr. Barry Jones (Director of Research, Director of Schizophrenia Program, Royal Ottawa Hospital): Thank you very much for inviting me. On behalf of the 200,000 Canadians and approximately 1 million family members and friends of those individuals, I want to thank your committee for allowing me to speak today.

I speak of 200,000 Canadians who suffer from schizophrenia, a severe mental illness. I hope to present a provocative—although certainly not all-encompassing—10-minute presentation on what I consider to be issues as they relate to accessibility to health care for people with schizophrenia and, in general, the severely mentally ill, along with the problems they face. I then will be very willing to answer any questions you have. I certainly will not be able to address everything.

As you mentioned, I am the Director of Research at the Royal Ottawa Hospital. I will not touch on research, but I would be willing to touch on that issue as it affects this illness and as it affects health care in general. My presentation will be a very personal one. It will deal with a few of the issues that I see my patients facing every day.

The patients I see are described as mentally ill. They have a disease of the brain, schizophrenia for the most part, that leads to a number of symptoms. These include hallucinations—and these are usually voices talking to them, telling them to do certain things—disorganized thinking, the inability to keep their thoughts logically together; and major difficulties in socializing. As a result, there is a tendency to withdraw from their friends and families as they become ill. They also have problems motivating themselves to overcome their fairly dramatic symptoms and their very disabling illness.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le jeudi 22 novembre 1990

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum. Le comité poursuit l'étude du système canadien de soins de santé et son financement.

Ce matin, nous avons le plaisir de recevoir le D[r] Barry Jones, directeur de la recherche et directeur du programme sur la schizophrénie à l'Hôpital Royal d'Ottawa.

Nous sommes heureux que vous ayez le temps de rester avec le comité ce matin. Nous attendons votre témoignage avec impatience. D'autres membres se joindront sans doute à nous au cours de la séance. Je crois que certains d'entre vous ont des engagements avant 11 heures. Ceci dit, nous vous souhaitons la bienvenue, docteur.

Dr Barry Jones (directeur de la recherche, directeur du programme sur la schizophrénie, Hôpital Royal d'Ottawa): Merci infiniment de m'avoir invité. Au nom des 200,000 Canadiens et des membres de leur famille ainsi que de leurs amis qui représentent à peu près 1 million de personnes, je tiens à remercier le comité de me permettre de prendre la parole aujourd'hui.

Je parle au nom des 200,000 Canadiens qui souffrent d'une maladie mentale grave, la schizophrénie. J'espère vous faire un exposé de 10 minutes qui vous fera réfléchir—même s'il n'est pas exhaustif, cela va sans dire—sur les problèmes qui me semblent être liés à l'accessibilité aux soins de santé pour les personnes atteintes de schizophrénie et, de façon générale, les personnes ayant de graves maladies mentales, ainsi que sur les problèmes qu'elles rencontrent. Je serai ensuite tout à fait disposé à répondre aux questions que vous pourriez avoir. Je n'ai certes pas la possibilité de traiter de toutes les questions.

Comme vous l'avez signalez, je suis le directeur de la recherche de l'Hôpital Royal d'Ottawa. Je ne parlerai pas de recherche, mais je serai prêt à aborder la question dans la mesure où elle touche cette maladie et les soins de santé en général. Mon exposé a un ton tout à fait personnel. Je traiterai de quelques-uns des problèmes auxquels sont confrontés chaque jour mes malades.

Les personnes que je suis sont décrites comme malades mentales. Elles ont une maladie du cerveau, la schizophrénie pour la plupart, qui donne lieu à un certain nombre de symptômes. On compte parmi eux les hallucinations—il s'agit généralement de voix que ces personnes entendent et qui leur demandent de faire certaines choses—un raisonnement désordonné, l'incapacité d'assembler logiquement leurs pensées et d'importants problèmes de socialisation. De ce fait, ces personnes, lorsqu'elles deviennent malades, ont tendance à se détacher de leurs amis et de leur famille. Elles ont aussi des problèmes pour se motiver à surmonter ces symptômes assez troublants et leur maladie invalidante.

[*Texte*]

A major part of their illness is the presentation of symptoms called "delusions". These are false beliefs entertained by these patients despite evidence to the contrary. They usually are of a paranoid nature. A typical example would be the feeling that there is a plot against them, the feeling that their telephones are bugged. I guess maybe politicians suffer from these delusions at times.

Delusions can include very bizarre beliefs about the way the world functions, the way they function within the world, and the way the world relates to them. As a result, it can cause them to be greatly disabled in their ability to operate within the world.

• 0925

When one examines the issue of how we spend money for health care as it pertains to this patient population, I am forced to come to the conclusion that in many ways my patients are saner and less delusional, despite their illness, than the people making decisions as to how to spend our money to keep these people well. What do I mean by this rather cynical statement?

First let us look at our health care system in general, and I am going to be fairly cynical. We spend a great deal of money teaching people to avoid abusing their bodies. This makes sense except that ultimately these bodies will deteriorate no matter what we do. When their bodies finally deteriorate, we spend a fortune changing the parts, subsituting organs for organs or fixing up organs or removing organs that are no longer working. This makes sense because we would like people to maintain some degree of quality of life, but ultimately we cannot maintain their lives forever, although I think we sometimes think we can. A side effect of this strategy has occurred over the last number of years in that we presently wonder why we have so many people with functioning bodies maintained by the previous two strategies walking around with non-functioning brains. Here I am referring in general to the demented elderly.

How do we respond to this new problem that is, I feel, a side effect of our excellent strategies in the case of working on their bodies? Recently we have decided to spend a fortune trying to prevent people from abusing their brains, specifically those people who abuse alcohol and drugs, generally younger people. This makes sense, but ultimately we cannot stop the process of aging, abuse or no abuse, and these brains will also deteriorate. In turn, again recently we are starting to realize that we must spend money on trying to fix the brains, specifically those of the elderly who are beginning to become demented despite their functioning bodies.

This all makes sense, but in fact what is our success rate after all these expenditures in our battle against deterioration and ultimately death of the body and subsequently the brain? Again very cynically, our success rate is zero because 100% of

[*Traduction*]

Cette maladie se manifeste pour une grande part par des symptômes appelés «fantasmes». Il s'agit de fausses croyances que ces malades entretiennent malgré des preuves du contraire. Elles sont généralement de nature paranoïde. On pourrait donner comme exemple typique le sentiment qu'un complot a été ourdi contre eux, le sentiment que leur téléphone est branché sur table d'écoute. J'imagine que les hommes politiques souffrent parfois de tels fantasmes.

Ces fantasmes peuvent porter sur des croyances très curieuses sur la façon dont le monde fonctionne, sur la façon dont ces personnes fonctionnent dans le monde et sur le rapport que le monde a avec elles. De ce fait, cela peut gêner grandement leur capacité de fonctionner dans le monde.

Lorsqu'on se penche sur la question des dépenses consacrées aux soins de santé destinés à ces malades, je suis contraint d'arriver à la conclusion qu'à plusieurs égards mes malades sont plus sains d'esprit et ont moins d'illusions, malgré leur maladie, que les personnes qui prennent les décisions relatives aux dépenses devant permettre d'assurer le bien-être de ces personnes. Que veut dire cette déclaration plutôt cynique?

Considérons tout d'abord notre système de soins de santé en général et je vais être assez cynique. Nous dépensons beaucoup d'argent pour enseigner aux gens d'éviter de maltraiter leur corps. C'est logique, si ce n'est qu'en définitive ces corps vont se détériorer quoi qu'on fasse. Lorsque le corps se détériore finalement, nous dépensons des fortunes pour changer les pièces, pour remplacer les organes, les réparer ou enlever ceux qui ne fonctionnent plus. C'est logique parce que nous aimerions que les gens continuent à profiter d'une certaine qualité de vie, mais en définitive nous ne pouvons pas les maintenir en vie indéfiniment, bien qu'il me semble qu'on croit parfois que ce soit possible. Ces dernières années nous avons constaté un effet secondaire de cette stratégie dans la mesure où nous nous demandons maintenant pourquoi nous avons tant de gens dont les corps fonctionnent grâce aux deux stratégies précitées et qui évoluent dans le monde sans que leur cerveau fonctionne. Je veux parler de façon générale des personnes âgées démentes.

Comment réagir face à ce nouveau problème qui est, me semble-t-il, un effet secondaire de nos excellentes stratégies consistant à travailler sur leur corps? Nous avons récemment décidé de dépenser une fortune pour essayer d'empêcher les gens de malmener leur cerveau, plus précisément ceux qui abusent de l'alcool et des drogues, qui sont généralement des jeunes. C'est logique, mais nous ne pouvons en définitive arrêter le processus de vieillissement, qu'il y ait abus ou non, et ces cerveaux vont également se détériorer. Puis on a commencé récemment à comprendre qu'il fallait dépenser de l'argent pour essayer de réparer ces cerveaux, surtout ceux des personnes âgées qui entrent dans la démence alors que leur corps fonctionne.

Tout cela est logique, mais qu'elle est notre taux de succès après toutes ces dépenses consacrées à la bataille contre la détérioration et la mort de l'organisme et ensuite du cerveau? Il faut encore une fois être très cynique, en

[*Text*]

all people die, and many die old with useless brains, non-functioning for years. If you do not believe that, just come over to our hospital, to our geriatric ward where we are doing care-taking rather than any kind of medical care.

I am sure this is not news to this panel, but sometimes the obvious has to be said to make a point.

Now, why are my patients saner, as I said, than the system just outlined in terms of health care spending? I believe it is because my patients learn early what our health care decision-makers have perhaps forgotten; that when one's brain goes, one's body might as well go too. Ten percent of the patients with schizophrenia whom I treat in fact learn this lesson so vividly and so well that they suicide. I do not mean that they attempt to suicide; they complete suicide. That is one out of ten people with schizophrenia who decide to do this. They do it in the prime of their life when their bodies are functioning very well. Schizophrenia usually begins in the late teens and early 20s, and many of the suicides occur within the first five years as the patients become fully aware of the fact that they have this illness and that there is not much hope for them in the future.

The other 90% who decide to live, for reasons that sometimes do not make sense to me given the severity of their illness, constitute our 200,000 Canadians I was referring to earlier. They live dependent upon their families, if they are lucky enough to have families. Often they have lost their family, moved away. They live in boarding-homes, if they are lucky enough to find boarding homes. They live in jails; 10% of the jail population has severe mental illness. Or they live on the street; 50% of the homeless have severe mental illness. Or they live in hospitals; 7% of all hospital beds are occupied by people with schizophrenia. That is all hospital beds, not just all mental illness hospital beds.

They live for 50 to 60 years with their illness. As I stated, the illness begins in the prime of their life. If they choose to live, they will live for 50 to 60 years with this illness. Ninety percent of this 90% who choose to live are unemployed, and a large number are severely disabled. It has been estimated that they cost western societies close to 1% of the gross national product for direct health care costs and indirect costs due to lost productivity.

The patients and others ask me why the services that are available to them are so inadequate given that they are so disabled, or they do not ask at all because they do not even know they are sick.

• 0930

Many of them are so ill they are not aware that they suffer from any illness, even though they may be hospitalized for their lifetime, or may be living on the street with all kinds of bizarre and crazy ideas. Schizophrenic patients and people

[*Translation*]

disant que notre taux de succès est nul, car 100 p. 100 des gens meurent, et la plupart meurent vieux, leur cerveau inutilisable ne fonctionnant plus depuis plusieurs années. Si vous ne le croyez pas, venez visiter le service de gériatrie de notre hôpital où l'on s'occupe d'eux plutôt que de leur offrir un traitement médical.

Je suis sûr que ce n'est pas nouveau pour vous, mais il faut parfois dire des évidences pour faire comprendre les choses.

Pourquoi mes patients sont-ils donc plus sains d'esprit, comme je l'ai dit, que le système que je viens de décrire concernant les dépenses de santé? Je crois que c'est parce que mes patients apprennent très vite ce que nos décideurs du domaine de la santé ont peut-être oublié; à savoir que lorsque le cerveau cesse de fonctionner, il est aussi bien que le corps cesse aussi. Dix pour cent des patients atteints de schizophrénie que je traite apprennent si vite cette leçon et de façon si aigue qu'ils se suicident. Je ne veux pas dire qu'ils tentent de se suicider; ils réussissent leur suicide. Il s'agit donc d'un schizophrène sur 10 qui décide d'en passer par là. Ils le font au début de leur vie alors que leur corps fonctionne très bien. La schizophrénie apparaît normalement vers la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine, et la plupart des suicides se produisent au cours des cinq années qui suivent la découverte par les patients de leur maladie et du fait qu'il n'y a guère d'espoir pour eux dans l'avenir.

Les 90 p. 100 restant qui décident de vivre, pour des raisons qui ne me semblent pas toujours logiques étant donné la gravité de leur maladie, représentent nos 200,000 Canadiens dont j'ai parlé plus tôt. Ils vivent à la charge de leur famille s'ils ont la chance d'en avoir une. Ils ont souvent perdu leur famille; ils ont déménagé. Ils vivent dans des pensions s'ils ont la chance d'en trouver. Ils vivent dans les prisons; 10 p. 100 de la population carcérale est atteinte d'un maladie mentale grave. Ou ils vivent dans la rue; 50 p. 100 des sans-abri ont une maladie mentale grave. Ils peuvent aussi vivre dans les hôpitaux; 7 p. 100 de tous les lits d'hôpitaux sont occupés par des schizophrènes. Je parle bien de tous les lits d'hôpitaux et non seulement de ceux des services psychiatriques.

Ils survivent 50 ou 60 ans avec leur maladie. Comme je l'ai indiqué, elle se manifeste assez tôt. S'ils décident de vivre, ils vivront de 50 à 60 ans avec cette maladie. Quatre-vingt-dix pour cent de ces 90 p. 100 qui décident de vivre sont au chômage et un grand nombre d'entre eux sont grandement handicapés. On a calculé qu'ils coûtent aux sociétés occidentales près de 1 p. 100 du produit national brut en soins de santé directs et en frais indirects dus à leur non-productivité.

Les malades eux-mêmes et d'autres personnes me demandent pourquoi les services mis à leur disposition sont si inadaptés à leur handicap, ou ils ne posent pas du tout la question parce qu'ils ne savent même pas qu'ils sont malades.

Un bon nombre d'entre eux sont tellement malades qu'ils ne savent même pas qu'ils ont une maladie, même s'ils sont hospitalisés à vie, ou s'ils vivent dans la rue avec toutes sortes d'idées bizarres et folles. Les schizophrènes et ceux qui

[*Texte*]

suffering from related disorders are amongst the most severely ill of the mentally ill. Their disease is, in my opinion and that of others, the greatest disabler of all diseases, in terms of numbers affected and years of disability. It is certainly the greatest disabler of our youth.

Despite this, I think it can be said that throughout the world they continue to receive inferior treatment, as compared to their colleagues with other medical diseases. They are the patients who suffer the most from prejudice and stigma, and if they could effectively advocate on behalf of themselves, you would know that. They cannot, and that is why I am here.

What is my evidence for all of this? I have only some numbers, because not all the numbers have been adequately studied for this issue. But I have general examples of what I think to be the kind of prejudice and stigma that exists for this population.

In the United States a new drug that holds promise for major improvement for at least one-third of the most severely ill patients with schizophrenia has been withheld from many patients due to what is described as unusually high cost. In the United States it is an issue of having insurance, and if not, of having money to pay for this drug. That is why it has been withheld from many of these patients who are obviously very poor.

In the United States this drug treatment, combined with careful monitoring for safety, will cost patients approximately $9,000 US per year. Many people in the United States are arguing that the price is too much. This is possible, given that this drug is available in other countries at a lower cost. Certainly the pharmaceutical industry cannot be allowed to gouge its customers, especially these people.

However, I believe the arguments about this treatment bring up a much more fundamental point. The point is, why are people arguing that this price is too much—$9,000 per year of treatment—when they do not argue about the cost of performing operations that often have questionable proof of extending or improving quality of life, yet are extremely costly to our health care system? In other words, why do heart disease patients, cancer patients, kidney disease patients, whatever patients, get their Cadillac treatments while the severly mentally ill cannot even get a test drive?

Another example: When patients with schizophrenia are treated, they are often left with less than the best-trained psychiatrists to treat them. Most provincial mental hospitals where the chronic mentally ill, mainly schizophrenic, patients live are understaffed psychiatrically. Outside of these hospitals, most psychiatrists, my profession, do not see these patients.

[*Traduction*]

souffrent de maladies apparentées sont parmi les plus gravement atteints des malades mentaux. Leur maladie est, à mon avis et selon d'autres personnes, la plus invalidante de toutes les maladies, pour ce qui est du nombre de personnes touchées et des années d'incapacité. C'est certainement la maladie qui rend inapte le plus grand nombre de nos jeunes.

Malgré cela, je crois que l'on peut dire que dans le monde entier ces personnes continuent à recevoir un traitement insuffisant, comparées à celles qui sont atteintes d'autres maladies. Ce sont celles contre qui l'on a le plus de préjugés et que l'on stigmatise le plus, et si elles pouvaient effectivement prendre leur propre défense, vous le sauriez. Mais elles ne le peuvent pas et c'est pourquoi je suis ici.

Quelles preuves puis-je apporter à tout cela? J'ai quelques chiffres seulement, car tous les chiffres n'ont pas été étudiés comme il se doit dans ce domaine. Mais j'ai des exemples généraux des préjugés que l'on a à l'égard de cette population et du fait qu'on la stigmatise.

Aux États-Unis, un nouveau médicament prometteur qui devrait permettre d'améliorer la situation d'au moins un tiers des plus gravement atteints, parmi les schizophrènes a été refusé à de nombreux patients parce que, dit-on, son coût est trop élevé. Aux Etats-Unis, il s'agit d'avoir une assurance, et dans la négative, d'avoir l'argent nécessaire pour payer ce médicament. C'est pourquoi on l'a refusé à bon nombre de ces patients qui sont de toute évidence très pauvres.

Aux États-Unis, cette pharmacothérapie, allant de pair avec un suivi sérieux par mesure de sécurité, devrait coûter aux malades près de 9,000$ US par an. Beaucoup de personnes estiment aux Etats-Unis que c'est un prix trop élevé. C'est possible, étant donné que ce médicament est disponible dans d'autres pays à un coût inférieur. Il est clair qu'on ne peut permettre à l'industrie pharmaceutique d'escroquer ses clients, surtout lorsqu'il s'agit de ces personnes.

Toutefois, je crois que le débat qui entoure cette thérapie soulève une question beaucoup plus fondamentale. Il faut se demander pourquoi on estime que ce prix est trop élevé—9,000$ par an pour le traitement—lorsqu'on ne remet pas en question le coût d'opérations qui ne vont pas toujours prolonger ou améliorer la qualité de la vie, mais qui coûtent très cher à notre système de soins de santé? En d'autres termes, pourquoi les malades cardiaques, les cancéreux, les personnes atteintes de maladies du foie, bref tous les malades, ont-ils droit aux Cadillacs des traitements alors que les personnes atteintes de maladie mentale grave n'ont même pas droit à un essai de route?

Je vais vous donner un autre exemple: lorsque l'on traite des schizophrènes, ce ne sont bien souvent pas les meilleurs psychiatres qui s'occupent d'eux. Dans la plupart des établissements psychiatriques provinciaux ou se trouvent les malades mentaux chroniques, schizophrènes essentiellement, le personnel psychiatrique est insuffisant. En dehors de ces hôpitaux, la plupart des psychiatres, dont je suis, ne voient ces malades.

[*Text*]

If one wonders why this state of affairs has occurred, one simply has to look at the way doctors, specifically psychiatrists, are remunerated. If I spend one hour with a patient who has schizophrenia, I am paid exactly the same as if I had spent one hour with a person who is worried but well. And there are such people who are worried but well.

Yet the schizophrenic patient has numerous psycho-social problems that I may be asked to deal with, as well as many forms to be filled out, which will take more than an hour of my time. He is constantly in and out of crisis, which I will also have to deal with. He may require hospitalization, which is always a problem, given the shortage of beds for the mentally ill.

In other words, these patients are really sick, but there are plenty of other patients who are actually well. Now, that sounds like a contradiction in terms: patients who are well. But in psychiatry many people who are well are treated by psychiatrists to the detriment of people who are really sick. If I am compensated equally for both, why bother with the sick ones? Why not treat the well ones? Here we have another contradiction in terms, but in fact it happens.

Another example: Many people have stated there is really no need to spend so much money on the mentally ill, housing them within large institutions. They say we can save money by placing them in the community, and that this is the humane thing to do.

This is a great idea. It has been put into practice on a number of occasions in history, most recently over the period of the 1960s and early 1970s as a result of the introduction of drugs that could control some of the psychotic symptoms.

Now we plan to complete the task by moving virtually everybody out of these institutions; close them down. Are we ready to do so? A simple look at the facts would suggest we are not, and were not when we deinstitutionalized people in the first place.

• 0935

A number of facts support the idea that we are not ready. As stated previously, approximately 50% of the homeless suffer from severe mental illness. They have been successfully moved from the institutions to the community—unfortunately, that community is the street.

As stated before, approximately 10% of the inmate population in our country suffers from severe mental illness. They have been successfully removed from the institutions to treat the mentally ill and placed in new institutions that treat the criminal population, yet these patients are not criminals; they are sick.

A very large proportion of our patients, perhaps 25%, fluctuate between living in the community and living in the hospital during episodes of acute illness. Many patient relapses can be attributed to the very poor environment into

[*Translation*]

Si on se demande pourquoi on est arrivé à une telle situation, il suffit de voir de quelle manière sont rémunérés les médecins et plus particulièrement les psychiatres. Si je passe une heure avec un schizophrène, je reçois exactement les mêmes honoraires que si je passe une heure avec une personne qui s'inquiète mais qui est en bonne santé. Et il y a des gens qui s'inquiètent mais qui vont bien.

Or le schizophrène a de nombreux problèmes psycho-sociaux dont je devrais peut-être m'occuper, et je devrais aussi remplir pour lui de nombreux formulaires, ce qui me prendra plus d'une heure. Il faudra aussi que je m'occupe de ses périodes de crise et d'accalmie perpétuelles. Il faudra peut-être l'hospitaliser, ce qui constitue toujours un problème, étant donné que l'on manque de lits pour les malades mentaux.

En d'autres termes, ces patients sont réellement malades, mais il y a de nombreux autres patients qui vont en fait bien. Ça a l'air d'une contracdiction en soi, des patients qui vont bien. Mais dans le domaine psychiatrique, bon nombre de personnes en bonne santé sont traitées par des psychiatres au détriment de celles qui sont vraiment malades. Si je reçois les mêmes honoraires pour les deux, pourquoi m'embêter avec les malades? Pourquoi ne pas traiter ceux qui vont bien? Nous avons là une autre contradiction dans les termes, mais c'est ce qui se produit dans la réalité.

Je vais vous donner un autre exemple encore: de nombreuses personnes ont déclaré qu'il n'est pas vraiment nécessaire de dépenser tant d'argent pour les malades mentaux et de les loger dans de gros établissements. Elles disent que l'on peut faire des économies en les plaçant dans la collectivité et que c'est une solution plus humaine.

C'est une très bonne idée qui a été mise en pratique à de nombreuses reprises au cours de l'histoire, et plus récemment à la fin des années 60 et au début des années 70 grâce à l'arrivée de médicaments permettant de maîtriser certains symptômes psychotiques.

Nous prévoyons maintenant d'achever ce travail en faisant sortir pratiquement tout le monde de ces établissements afin de les fermer. Sommes-nous prêts à une telle chose? Il suffit de considérer les faits pour voir que nous ne le sommes pas et que nous ne l'étions pas lorsqu'on a commencé à sortir les patients des établissements.

Plusieurs faits corroborent l'idée que nous ne sommes pas prêts. Comme indiqué préalablement, près de 50 p. 100 des sans-abri souffrent d'une maladie mentale grave. On a réussi à les sortir des établissements pour les envoyer dans la collectivité—malheureusement cette collectivité pour eux c'est la rue.

Comme indiqué plus tôt, près de 10 p. 100 des détenus de notre pays souffrent d'une maladie mentale grave. On a réussi à les sortir des établissements psychiatriques pour les placer dans de nouveaux établissements qui s'occupent de la population carcérale. Or ces patients ne sont pas des criminels; ils sont malades.

Une importante proportion de nos patients, peut-être 25 p. 100, vivent en alternance dans la collectivité et dans les hôpitaux pendant les périodes de crise aiguë. La plupart des rechutes des malades peuvent être attribuées aux très

[*Texte*]

which they were placed in the community. In most of the boarding homes that my patients go to there is no privacy. They must share rooms with other people. They must live amongst people who to varying degrees are still very emotionally disturbed. This does not lead to the kind of environment that is optimal for these patients to remain on the outside. It does not lead to the kind of environment that is optimal for anybody to remain on the outside.

Obviously, before we move people out of institutions we must be ready to provide appropriate care in the community, not in jails, crowded boarding homes or in the street.

Finally, even when the best of treatment is around the corner people with schizophrenia and related severe mental illnesses sometimes cannot access the treatment because the law prevents them from doing so. How can laws in this country prevent people who are sick from accessing the very treatment they need in order to be well? Let me explain.

We use our brains to make decisions about everything, including whether or not to seek out treatment for an illness. It comes as no surprise to me—and I hope to you—that many schizophrenic patients make the wrong decision and do not seek out treatment. Our mental health laws protect these people from receiving treatment even if the decision to refuse was obviously based on irrational and misinterpreted information. Who cares if the very organ they use to formulate their decision is diseased?

Compare this to other groups where the ability to make appropriate decisions concerning treatment is compromised. A comotose man is lying on the street; he is taken to hospital and he is treated. A child who is ill is brought to the hospital by his parents; he is treated. An elederly relative who is confused is brought to hospital and treated. Our patients, unless they are imminently dangerous to themselves or to others, are left to be sick with their rights intact. They live on the street or in shelters with their rights intact. They live in jails with their rights intact. The 10% who commit suicide die with their rights intact. I find it extremely interesting that we call them crazy. Thank you. I would be glad to entertain questions.

The Chairman: Thank you, Dr. Jones. Some of the statistics you raised are of concern, if not shocking.

You indicated that 7% of hospital beds are taken up with patients suffering from schizophrenia, as well as those in jails. As you indicated it is a concern that can be easily overlooked. I suppose all of us at some time or another have seen street people. For a variety of reasons people in society tend to ignore them and, as you have indicated, that is probably the last thing they need. Before we turn to the questions, could you tell me whether or not there is a shortage of professionals in your field in Canada?

[*Traduction*]

mauvaises conditions de vie qu'ils ont connues dans la collectivité. Dans la plupart des pensions où vont mes malades, il n'y a aucune intimité. Ils doivent partager leur chambre avec d'autres personnes. Ils doivent vivre au milieu de gens qui sont encore très perturbés affectivement, à des degrés divers. Ce n'est donc pas un milieu adapté permettant à ces patients de rester à l'extérieur. Ce n'est un milieu adapté pour personne, pour permettre de rester à l'extérieur.

De toute évidence, avant de sortir les personnes des établissements, il faut être prêt à fournir les soins voulus dans la collectivité, et non dans des prisons, dans des pensions surpeuplées ou dans la rue.

Enfin, même lorsque le traitement optimum est à portée de la main, les schizophrènes et ceux qui sont atteints de maladies mentales apparentées n'ont pas toujours accès à ces traitements parce que la loi les en empêche. Comment une loi de notre pays peut-elle empêcher des personnes malades d'accéder aux traitements dont elles ont besoin pour être bien? Permettez-moi de m'expliquer.

Nous utilisons notre cerveau pour prendre des décisions à tout propos, y compris le fait de demander ou non un traitement pour une maladie. Cela ne me surprend pas—et j'espère que ça ne va pas vous surprendre non plus—que de nombreux schizophrènes prennent les mauvaises décisions et ne demandent pas de traitement. Nos lois relatives à la santé mentale empêchent ces gens de recevoir un traitement même si la décision de refus se fonde de toute évidence sur des renseignements irrationnels et mal interprétés. Qui s'inquiète du fait que l'organe qui leur permet de formuler leurs décisions est déficient?

On peut faire la comparaison avec d'autres groupes de personnes dont la capacité de prendre les décisions voulues concernant le traitement est compromise. Lorsqu'un comateux est allongé sur le trottoir, on l'emmène à l'hôpital pour le traiter. Lorsqu'un enfant est malade, ses parents l'emmènent à l'hôpital où il reçoit un traitement. Lorsqu'un parent âgé à l'esprit confus est amené à l'hôpital, on le traite. Nos malades, eux, à moins qu'ils soient très dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres, sont laissés dans leur état par respect pour leurs droits. On les laisse vivre dans la rue ou dans des foyers par respect pour leurs droits. On les laisse aboutir dans les prisons par respect pour leurs droits. Les 10 p. 100 qui se suicident meurent et leurs droits ont été respectés. Je trouve très intéressant qu'on les traite de fous. Merci. Je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci, docteur Jones. Certaines des statistiques que vous indiquez sont inquiétantes, voire scandaleuses.

Vous dites que 7 p. 100 des lits d'hôpitaux sont occupés par des patients atteints de schizophrénie et qu'il y en a également dans les prisons. Comme vous le signalez, c'est un problème que l'on peut facilement négliger. J'imagine que nous avons tous, à un moment ou à un autre, vu des gens qui vivent dans la rue. Pour diverses raisons, la société tente de les ignorer et, comme vous l'indiquez, c'est sans doute la dernière chose dont ils ont besoin. Avant de passer aux questions, pouvez-vous me dire s'il y a pénurie de professionnels dans votre domaine au Canada?

[*Text*]

Dr. Jones: I do not think there is a shortage of psychiatrists in terms of their numbers versus those of mentally ill patients. I think there is a misappropriation of psychiatrists so that a large number of them are in private practice treating the "worried well" as I call them. I am not saying that they are not treating people with valid mental illnesses as well, but treating the worried well is a waste of their training.

They choose to do so for reasons that are their business, not mine, and they are financially rewarded. Our medical care system has decided to reward them based on the amount of time they spend with people, which is a reasonable way to look at things in terms of how you care for people with psychiatric illnesses. But the time they spend with the worried well is a lot easier than time spent with people who are more severely ill. I believe this needs to be addressed somehow. I believe if one could manoeuvre the remuneration system to move more pyschiatrists into the field of mental illness, and severe mental illness specifically, I do not think we would see the shortages we have.

• 0940

I think there are many ways to do this. I am not an expert on how you fund health care. We have a funny system in pyschiatry, where our sickest patients are often treated by our least-trained personnel, and our least-sick patients are treated by our most well-trained personnel. This is the flip side of what usually goes on in medicine.

Mrs. Clancy (Halifax): Dr. Jones, I would like to welcome you to the committee and thank you very much for your presentation. It was fascinating. I have several questions. As a matter of fact, I think I could probably keep us here for three hours on my own, but I will not, Mr. Chairman.

When you were talking about drug treatment for schizophrenics, you talked about the de-institutionalization in the 1960s to the 1970s and how it has not been successful. Are there statistics to tell us what percentage of schizophrenics would be treatable by drugs and thus able to function at some sort of normal level?

Dr. Jones: They would usually introduce the one-third, one-third, one-third rule, which is that one-third of people with schizophrenia respond very well to anti-psychotic drug treatment and are usually left with minimal symptoms of psychosis and, hopefully, minimal symptoms of this type I talked about in terms of their difficulty with motivation and socialization. These people are able to live very easily in the community. They are often able to work. I said 10% of all patients work, so about one-third of that group can actually attain employment and keep it. They are our best cases, if we look at them.

One-third of patients have a very minimal to moderate response to these drugs, so they are still very ill. They can be maintained in the community, generally. Sometimes they go off their medication and their illness will erupt, sometimes

[*Translation*]

Dr Jones: Je ne crois pas qu'il y ait une pénurie de psychiatres si l'on considère leur nombre par rapport à celui des malades mentaux. Je crois qu'il y a une mauvaise répartition des psychiatres qui fait qu'un grand nombre d'entre eux pratiquent dans le privé et s'occupent des «gens inquiets mais qui vont bien», comme je les appelle. Cela ne veut pas dire qu'ils ne traitent pas des gens également atteints de maladies mentales véritables, mais ils gaspillent leurs connaissances en traitant des gens inquiets mais qui vont bien.

Les raisons qui les font opter pour cette solution leur appartiennent et ne me concernent pas, et ils en retirent des avantages pécuniaires. Notre système médical a décidé de les payer en fonction du temps qu'ils passent avec leurs patients, ce qui me semble raisonnable pour les soins apportés aux personnes ayant des maladies psychiatriques. Mais le temps passé en compagnie des bien portants qui se font du souci est bien plus agréable que celui passé avec les malades gravement atteints. C'est un problème auquel il faut trouver une solution. J'estime quant à moi que si l'on arrivait à modifier le système de rémunération pour inciter les psychiatres à se consacrer au traitement des maladies mentales, graves en particulier, nous ne serions pas aux prises avec la pénurie actuelle.

Il y a bien des façons de s'y prendre. Je ne suis pas un expert du financement du système de soins de santé. Chose curieuse, en psychiatrie, les malades les plus graves sont souvent traités par le personnel le moins bien formé et vice-versa. C'est habituellement le contraire de ce qui se passe en médecine.

Mme Clancy (Halifax): Docteur Jones, je vous souhaite la bienvenue au comité et je vous remercie énormément de votre exposé. Je l'ai trouvé fascinant. J'ai plusieurs questions à vous poser. De fait, je pourrais vous accaparer moi-même pendant trois heures, mais je ne céderai pas à la tentation, monsieur le président.

Lorsque vous avez parlé de la pharmacothérapie pour le traitement des schizophrènes, vous avez aussi parlé de la déshospitalisation des années 60 et 70 et de ses échecs. A-t-on les chiffres sur le pourcentage de schizophrènes que l'on peut traiter au moyen de médicaments et qui pourraient ainsi fonctionner à peu près normalement?

Dr Jones: C'est la règle du tiers qui s'applique. Un tiers des schizophrènes réagissent très bien aux traitements antispsychotiques et n'éprouvent d'ordinaire que de légers symptômes de psychose et, si tout va bien, de trouble de motivation et de socialisation. Ces personnes peuvent très bien vivre en société. Souvent, elles peuvent travailler. J'ai dit que 10 p. 100 de tous les malades travaillent. Je dirais donc que le tiers de ce groupe peuvent trouver un emploi et le conserver. Ce sont les cas les plus encourageants.

L'autre tiers des malades réagissent peu ou moyennement aux médicaments, si bien qu'ils sont encore très atteints. En général, ils peuvent vivre en société. Parfois ils cessent de prendre leurs médicaments et subissent une

[*Texte*]

just because of the stress in which they are living, say a boarding home that is very crowded with other sick people. They will end up back in the hospital. The drug treatment is only partially successful.

Another third are virtually non-responsive to medication. Some of these people can still live in the community because they are quietly very ill, but a proportion of them—I would say about half, in my experience—really cannot function in any setting other than what we currently have, i.e., the mental hospital. If we could create the equivalent of the care level of the mental hospital in the community, these people could probably survive in the community, but we have to make sure we have done that before we say all of these people are going to go out.

Mrs. Clancy: Several times during my law practice I came in contact with people who had been taking medication, seeming to function, and then, as you said, had stopped taking medication for whatever reason and their illnesses erupted. Is there research to tell you whether some people may react well and be obvious candidates for drug therapy, and then either the illness will deepen—perhaps it is a body chemistry change, I do not know—and they suddenly become less amenable to this treatment?

Dr. Jones: It is generally our impression that when people stop taking their medication it is due to a number of factors. The first factor would be that when they first get sick they are young people. For instance, if you look at juvenile diabetics, they will, to a great degree, not be willing to take insulin at times. Their brains are functioning, so they can make decisions rationally, but they decide, no, they do not want this treatment. It is an issue of autonomy and independence, so they go off their medication. I think some of our patients are in that category.

A second reason for going off their medication is that if you or I were to take this medication, as one of my colleagues has, you would experience a great degree of side effects. At the present time they are miserable medications to take. They are among the worst, I think, that we currently have in medicine. They cause a terrible restlessness, stiffness, tremor. They can create a picture that looks like Parkinson's disease of the elderly in young people. Obviously someone who is not willing to have those side effects will stop the medication.

• 0945

A third reason is that they truly do not yet believe they are sick. They are still ill and even though there has been some improvement, they have no insight as to whether or not they need this medication. Thus the first chance they get out of hospital, they will stop because they are really not yet well enough to know the whole risk of stopping their medicine.

Mrs. Clancy: You talked about the fact that a psychiatrist spending an hour with the "worried well" is paid the same as a psychiatrist spending an hour with a deeply schizophrenic patient. That is not reflective of the way the rest of the medical profession is paid, is it?

I recall Dr. Halliday and I were talking last week about the problem in the United States where there are more internists than general practioners, and consequently the pay rates are higher for internists' billing. Am I looking at the

[*Traduction*]

crise, parfois provoquée par le stress de leur condition de vie, par exemple dans une pension bondée d'autres malades. Ils vont se retrouver à l'hôpital. La pharmacothérapie n'est qu'un succès partiel.

Le dernier tiers ne réagissent à peu près pas aux médicaments. Certains de ceux-là peuvent toujours vivre en société si ce sont des malades silencieux, mais je dirais que la moitié d'entre eux ne peuvent pas vraiment fonctionner ailleurs que dans les établissements que nous avons à l'heure actuelle, c'est-à-dire les hôpitaux psychiatriques. Si l'on pouvait offrir des soins équivalents dans la communauté, ces personnes pourraient probablement se débrouiller mais il faudrait s'assurer que les services sont en place avant de leur donner leur congé de l'hôpital.

M. Clancy: Souvent comme avocate, j'ai rencontré des gens qui prenaient des médicaments et qui semblaient être fonctionnels et qui, comme vous l'avez dit, ont fait une crise après avoir cessé de les prendre pour une raison ou pour une autre. Des études ont-elles permis de déterminer si certaines personnes se prêtent mieux que d'autres à la pharmacothérapie et si la maladie risque de s'aggraver, par suite de changement de la chimie de l'organisme, peut-être, pour devenir réfractaires au traitement?

Dr Jones: Plusieurs facteurs jouent lorsque le malade cesse de prendre ses médicaments. D'abord, le jeune âge du malade. Beaucoup d'enfants victimes du diabète maigre refuseront de prendre de l'insuline. Ils sont lucides et rationnels, mais refusent le traitement. Pour des raisons d'autonomie et d'indépendance, ils cessent de prendre leurs médicaments. Je pense que certains de nos malades sont pareils.

L'autre raison, ce sont les effets secondaires, dont un de mes collègues a fait l'expérience. Les médicaments actuels sont terribles. Ils comptent parmi les pires de toute la médecine. Ils provoquent de l'agitation, des raideurs et des tremblements. Même les jeunes peuvent avoir des symptômes semblables à ceux de la maladie de Parkinson que l'on retrouve chez les vieillards. Évidemment, celui qui ne veut pas subir ces effets secondaires cessera de prendre ses médicaments.

Enfin, il y a ceux qui ne s'estiment pas vraiment malades. Ils sont toujours atteints, même si leur état s'est amélioré, ils ne réalisent pas qu'ils ont besoin du médicament. Dès qu'on leur donne leur congé, ils cessent de le prendre parce qu'ils ne sont pas suffisamment rétablis pour mesurer les risques qu'il y a à cesser de prendre les médicaments.

Mme Clancy: Vous avez dit que le psychiatre qui passe une heure avec les bien portants qui se font du souci reçoit la même rémunération que celui qui passe une heure avec un malade souffrant de schizoprhénie grave. Il n'en va pas ainsi dans les autres domaines de la profession médicale, n'est-ce pas?

La semaine dernière, le D[r] Halliday et moi-même évoquions la situation aux États-Unis où il y a plus d'internistes que d'omnipraticiens; par conséquent, le barème de rémunération est plus élevé pour les internistes. Est-ce le

[*Text*]

same thing? If a general practitioner does a procedure in Canada, there is a certain payment for it. If an internist does it, there is a higher pay scale. But psychiatrists are time billers, rather like lawyers, and are set with that no matter what you are doing. Is that the idea?

Dr. Jones: Yes. I do not know if we are like lawyers.

Mrs. Clancy: Sorry, I did not mean to cast aspersions on your profession. I apologize.

Dr. Jones: I think maybe we are casting aspersions on your profession.

Mrs. Clancy: Oh, I doubt that.

Dr. Jones: We are paid to a great degree by the time we spend as opposed to by the acts we carry out. I think that is an appropriate way to think in terms of providing psychiatric care in certain areas. The minute is equal no matter who it is you are caring for. I can tell you that it is a lot easier to sit for 60 minutes with a young, attractive person of the opposite sex who is suffering from mild anxiety than it is to sit for 60 minutes with a young, possibly attractive but very ill, very angry, possibly aggressive patient who has a severe illness such as schizophrenia. It is a whole other world.

Mrs. Clancy: Is there a high burn-out rate among psychiatrists who are doing this kind of critical care, if I can call it that?

Dr. Jones: I think there is more stress associated with caring for this kind of patient population. It is also a profession where you really need a good team approach as opposed to one professional working. This is one of the reasons I certainly cannot get down on my colleagues who are in private practice and do not wish to see these patients. In private practice you are working by yourself, and these patients require multiple input from social work, psychology, occupational therapy. If you are in that sort of setting, you cannot provide that. So it is also related to where they are working.

Mrs. Clancy: The other question I had was on accessing psychiatric care in this country. I was involved in a really sad case of a young man whose major problem was depression. He stopped taking his medication. There was a psychotic episode, eventually suicide. There was a public inquiry, etc. I think it hit the difficulty you are talking about, that the least-trained members of the profession are dealing with someone who is very, very disturbed. In situations like this, I presume that emergency departments are the first line of care. I wonder if you would agree that in some cases patients can fall between two stools.

Dr. Jones: What happens is that the first line of care is really in the boarding home where many of these patients are living in the community. The people who are hired to watch over the population in the boarding home are people who are in many cases very ill-trained to take care of this kind of population, especially as the population becomes more severely ill. These are patients who were formerly treated within a hospital setting. Now they are in a mini-hospital, a

[*Translation*]

même cas ici? Au Canada, il y a des honoraires pour l'acte médical accompli par un omnipraticien; s'il s'agit d'un interniste, les honoraires sont plus élevés. Mais les psychiatres sont comme les avocats et facturent à l'heure, et les honoraires restent les mêmes peu importe ce qu'ils font. C'est bien cela?

Dr Jones: Oui. Par contre, j'ignore si nous sommes comme les avocats.

Mme Clancy: Je suis navrée, je ne voulais pas insulter votre profession. Je m'en excuse.

Dr Jones: Peut-être sommes-nous en train d'insulter la vôtre.

Mme Clancy: Oh, j'en doute.

Dr Jones: Dans une large mesure, nous sommes rémunérés en fonction du temps que nous passons par opposition aux actes que nous accomplissons. Dans certains domaines de la psychiatrie, cette façon de faire convient sans doute. Une minute reste une minute peu importe avec qui on la passe. Mais je vous assure qu'il est bien plus facile de passer 60 minutes avec une jeune personne séduisante du sexe opposé qui souffre d'un peu d'anxiété que de passer 60 minutes avec une jeune personne peut-être tout aussi séduisante mais très malade, furieuse et peut-être même agressive qui souffre d'une maladie grave comme la schizophrénie. C'est le jour et la nuit.

Mme Clancy: L'épuisement professionnel est-il répandu parmi les psychiatres qui font ce genre de travail?

Dr Jones: Le stress est plus grand avec ce genre de malades. Dans cette profession, il faut aussi travailler en équipe. C'est la raison pour laquelle je n'en veux pas aux collègues à moi qui sont en pratique privée et qui refusent de voir ces malades. En pratique privée, on travaille seul et ces malades ont besoin de l'aide des travailleurs sociaux, des psychologues et des ergothérapeutes. Seul, ce n'est pas possible de leur offrir cela. La fatigue vient donc aussi du cadre de travail.

Mme Clancy: Je m'intéresse aussi à l'accès aux soins psychiatriques au Canada. J'ai été mêlée de près au triste cas d'un jeune homme qui souffrait de dépression. Après avoir cessé de prendre ses médicaments, il a eu une crise et s'est suicidé. Il y a eu une enquête, etc. C'est un cas qui illustre ce dont vous parliez, à savoir que c'est le personnel le moins bien formé qui s'occupe des plus troublés. En pareil cas, j'imagine que la salle d'urgence est la première ligne de défense. Pensez-vous comme moi que le malade se retrouve parfois le bec à l'eau?

Dr Jones: La première ligne de défense c'est en fait le foyer où habitent beaucoup de ces malades. La formation et l'encadrement laissent beaucoup à désirer surtout lorsque les pensionnaires sont gravement atteints. Ces malades étaient traités en milieu hospitalier et ils se retrouvent dans un établissement aux dimensions réduites où les soins sont plus rudimentaires parce que la formation du personnel soignant est moindre. Je pose la question: ce personnel peut-il déceler

[*Texte*]

new kind of smaller institution, and the care level is less because the people are trained less. The first question is: can they can pick up the emergencies as they are starting to brew so they do not become emergencies? Sometimes I do not think they are able to. It is not their fault; they do not have the training to do it.

• 0950

The emergency then becomes the next stage. In between are often the police officers who come to the boarding home to take the patient. The police officers have a fair amount of training, mainly through experience—

Mrs. Clancy: It depends on where you are.

Dr. Jones: —not through any formal training. Finally it is the emergency room. If it is a general hospital, a lot of people in the emergency room have only minimal experience with this kind of population. Many types of mistakes can be made in terms of who is kept, who is let go.

As I mentioned, beds for the mentally ill are hard to come by. In our hospital one, of the largest acute care hospitals in the country, we are at 100%-plus occupancy. Often we cannot find beds for people who we know need to be in the hospital. There are occasions when we have turned out people who would otherwise have been admitted. Disaster occurs as a result.

It is right down the line. Even if the experts finally get involved, what do they have to back up their decisions in a health care system sometimes inadequate to provide for these people?

The Chairman: Mr. Karpoff, I am sure with your experience and background you are probably familiar with many of the situations described here. I am sure you are interested in raising questions with Dr. Jones.

Mr. Karpoff (Surrey North): Yes, thanks very much. Your presentation rang very true. Prior to being elected, I worked in health care and social services. I had a consulting firm for the last number of years. I have worked with Hart House organizations downtown, Victory House, Cordova House—which you both will know—the Coast Foundation on their day programs, and with a couple of other mental health boarding homes.

What I find frustrating is that you and probably a large percentage of the people actually working in that part of the community say the same thing, that our system of delivering care is such that our knowledge of what we should be doing is not utilized, particularly the need for an integrated supportive environment involving housing, day programs, and recreational outlets, a supportive milieu that involves the person's life. But we just do not do it. We know we should do it, but we somehow do not.

The second part that I found very frustrating—and you will know the facilities I am referring to—is that the only psychiatrists that seemed to be willing to deal with the severely mentally ill were the ones from the community care teams who were working in a multi-disciplined setting and were on salary. You could forget about the poor patient who ended up with a private psychiatrist. They were not there to deal with the crises. They were not plugged in to the kinds of

[*Traduction*]

les crises larvées avant qu'elles n'éclatent? Je pense que non. Je ne blâme pas le personnel; il n'a pas la formation qu'il faut.

La deuxième ligne, c'est la salle des urgences. Entre les deux, il y a souvent les agents de police qui viennent chercher le malade au foyer. Ils ont une assez bonne formation, acquise surtout par l'expérience. . .

Mme Clancy: Cela dépend de l'endroit où l'on se trouve.

Dr Jones: . . .et non pas dans des cours structurés. On aboutit à la salle des urgences. S'il s'agit d'un hôpital général, à la salle des urgences, le personnel ne sait pas comment traiter ces malades. On se trompe souvent quand il faut choisir qui hospitaliser et qui relâcher.

Comme je l'ai dit, les places pour les malades mentaux sont rares. À notre hôpital, l'un des plus grands centres hospitaliers de soins de courte durée au pays, le taux d'occupation dépasse les 100 p. 100. Il nous arrive d'être incapables de trouver une place pour des malades dont on sait qu'ils devraient être hospitalisés. Il nous est arrivé de renvoyer des gens qui auraient dû être hospitalisés. C'est alors la catastrophe.

Le scénario se répète tout au long de la ligne. Même si le spécialiste finit par intervenir, sur quoi peut-il compter comme moyens dans un système de soins de santé qui n'arrive pas à répondre aux besoins du malade?

Le président: Monsieur Karpoff, je suis certain qu'avec votre expérience et vos antécédents, les situations qui viennent d'être décrites vous sont sûrement familières. Vous voudrez certainement poser des questions au docteur Jones.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Oui, merci beaucoup. Votre exposé m'a paru très fidèle à la réalité. Avant mon élection, je travaillais dans le domaine de la santé et des services sociaux. J'ai dirigé une maison d'experts-conseils pendant quelques années. J'ai travaillé avec Hart House au centre-ville, Victory House, Cordova House—que vous connaissez sûrement tous les deux—la Coast Foundation qui a un programme de jour, et quelques autres foyers de santé mentale.

Ce que je trouve exaspérant, c'est que vous et beaucoup d'autres travailleurs dans ce domaine dites la même chose. On ne met pas en pratique ce que l'on sait, surtout sur la nécessité de créer un milieu propice à l'aide de logements, de programmes de jour, d'activités récréatives. On ne le fait pas. On devrait, mais on ne le fait pas.

Ce qui m'exaspère aussi—et vous saurez de quoi je parle—c'est que les seuls psychiatres qui semblent accepter de traiter les malades mentaux gravement atteints sont ceux qui appartiennent aux équipes de soins communautaires, qui travaillent dans un cadre pluridisciplinaire et qui sont salariés. On peut oublier le cas du pauvre patient qui se retrouve en compagnie d'un psychiatre privé. Ce n'est pas eux qui s'occupaient des crises. Ils n'avaient pas les contacts

[*Text*]

multi-discipline services you needed, everything from the welfare worker to the. . .well, you know.

I cannot understand why we do not simply say that psychiatry is no longer practised on a fee-for-service basis, it is only going to be practised on a salaried basis out of a multi-disciplined clinic.

Dr. Jones: In terms of the care of this patient population, that is probably the most appropriate way to approach these patients. I know I probably will have a lot of colleagues strangling me for saying that, but I believe the current system within psychiatry—in terms of delivering care to our range of patients in terms of illness—is inadequate and inappropriate.

I also would say that this is not just psychiatry's problem. Some of the reasons why you do not see us applying what we know we should be applying is a lack of resources. This lack of resources results from our patients being seen as second-class citizens, as people who do not have the same rights as others—or we want to protect their rights to the point where we will not allow them to get the treatment they deserve. We certainly do not seem to be able to deliver the kind of care they need.

The medical profession, psychiatry, if it is dealing with some sick patients, tends to be focused to a great degree in either hospital settings or community care locales, as in this Vancouver setting. But that Vancouver set-up is a fairly rare one when you look across the country, and it is probably the best of all the cities I have worked in or am aware of.

• 0955

One of the dangers you have to ask about as you move the care for these people into the community with multi-disciplinary teams is whether the money is going to attach itself and whether that expensive care going to attach itself to the severely mentally ill, or is it going to gradually shift over to the not so ill?

That is what has happened in the United States with de-institutionalization, as the services were going out into these community mental health care groups. Rather than the severely mentally ill being able to access the services, the worried well gradually started to gnaw away at the services. The fact is, they are an easier group to treat, as I said, and are also more able to advocate on behalf of themselves to get the care they desire.

In any movement of trying to create the appropriate system for these people in the community, one has to be very careful that the money attached to that movement—which was previously in the large institutions and by definition was being directed to the patients who were sick, because they were in the hospitals—is attached to these patients and goes with them. I know what our previous experience has been—the money tends to drift away to the not-so-ill patients. It is a frustration that is present and there are a lot of reasons behind why we do not do the ultimate for this patient population.

[*Translation*]

auprès des multiples services nécessaires, comme le travailleur social, etc.

Je ne comprends pas pourquoi on ne décrète pas tout simplement que la psychiatrie ne sera plus rémunérée à l'acte et ce pratiquera dorénavant à salaire dans une clinique pluridisciplinaire.

Dr Jones: Pour le malade, c'est probablement la meilleure formule. Je sais que quantité de collègues à moi voudront probablement m'étrangler, mais je suis d'avis que le système actuel en psychiatrie—les soins à donner à l'ensemble de nos malades—est inadéquat et inapproprié.

Je dirais aussi que le problème ne se limite pas à la psychiatrie. Si nous n'appliquons pas ce qui devrait être appliqué, c'est par manque de moyens. Et si les moyens manquent, c'est que nos malades sont perçus comme des citoyens de deuxième classe, qui n'ont pas les mêmes droits que les autres, ou dont nous protégeons les droits au point où on ne les laisse pas obtenir le traitement auquel ils ont droit. Chose certaine, nous n'arrivons pas à leur prodiguer les soins dont ils ont besoin.

L'activité médicale, la psychiatrie, dans ses rapports avec les malades, se concentre largement en milieu hospitalier ou en centre communautaire, comme c'est le cas à Vancouver. Mais le cas de Vancouver est rare au pays et c'est probablement la ville la mieux organisée de toutes celles où j'ai travaillé ou que je connais.

Le danger contre lequel il faut se prémunir lorsque l'on songe à transférer à des équipes pluridisciplinaires le traitement dans la communauté, c'est de savoir si le financement et les soins coûteux suivront ou s'ils ne resteront pas pour le bénéfice des plus ou moins bien portants.

C'est ce qui s'est produit aux États-Unis au moment de la déshospitalisation, au moment du transfert des services aux groupes communautaires de santé mentale. Au lieu de profiter aux grands malades mentaux, les services ont peu à peu fini par être l'apanage des bien portants qui se faisaient du souci. Le fait est que ce groupe est plus facile à traiter, comme je l'ai dit, et plus en mesure de réclamer les soins dont ils ont besoin.

Dans tout effort de création dans la communauté d'un système adapté à ces malades, il faut bien s'assurer que lors du transfert de ces services—dispensés auparavant dans les grands établissements et par définition axés sur les malades hospitalisés—les crédits suivent bien les malades qui sont transférés. Je sais très bien ce qui s'est passé la première fois: les crédits ont fini par être happés par les plus ou moins bien portants. Cette frustation existe, et il y a bien des raisons pour lesquelles nous n'arrivons pas à accomplir l'idéal pour ce groupe de malades.

[*Texte*]

Mr. Karpoff: This committee is trying to look at funding as one of the prime points of how you fund, set up, and organize a health care system. One of the questions is whether fee for service is the best method. Should we have user fees? Should we have all sorts of things? You are saying that a different type of remuneration system, such as a salary system, would be more appropriate with the acutely mentally ill.

Getting into some comparisons: is it appropriate for the people who are not as severely disabled to be treated in a more private practice? Or should they also be treated as part of a community mental health centre, such as those we have all over B.C., which does treat a wider range of psychiatric disabilities while not necessarily treating the very severe ones? Should that be the style of psychiatric service to the less mentally ill, who are still on salary, but are. . .?

Dr. Jones: I think there can be and are two tiers of systems in Canada when it comes to psychiatric problems, because it is so hard to differentiate an illness when you get into these greyer areas versus a problem of living that people choose or do not choose to fix up.

For those patients who are severely mentally ill, with no problem in terms of identifying those patients, who have what we feel to be valid psychiatric diseases or disorders, a multi-disciplinary team approach, with salaried team members and a centre that is given a territory and a population to serve, and is then accountable to ensure that the team members are serving their population in an appropriate manner, based on the severity of the patients' illnesses, to me this is an appropriate means by which to serve the range of disorders.

If people want to have their Woody Allen neuroses fixed up, they can spend the money themselves. There are people who will gladly put the money in their pockets in return for taking care of that kind of condition. But the fact that psychotherapy, which for the most part is not useful in the form in which it is usually delivered for this kind of population and for most of these disorders that are of any significance, is basically the treatment that is covered under our Medicare system is a mistake. I think it leads to people "psychotherapizing" who really do not medically need psychotherapy. They may benefit psychologically from the treatment, but perhaps that is something they should decide whether they want to pay for or not, separate from the medical care system.

• 1000

Mr. Karpoff: Going back to this drug, I saw a clip on one of the news broadcasts in the last two or three days about this. Is this still a problem in Canada? Is this new drug available in Canada? Is it being prescribed?

Dr. Jones: The drug is called Clozapine. Its trade name is Clozoril, and it is made by Sandoz Pharmaceuticals. It is soon going to be available in Canada on a more broad release. Right now it is available on a compassionate or emergency basis for very ill patients who cannot benefit from other drug treatment.

The problem will be: how does the Canadian health care system incorporate the costs of this treatment, given that we are the payers, as opposed to the insurance companies, who are party payers? How are we going to incorporate the cost

[*Traduction*]

M. Karpoff: Le comité étudie le financement et l'organisation du système de soins de santé. Une des questions que nous nous posons est de savoir si la rémunération à l'acte est la meilleure formule. Devrait-il y avoir un ticket modérateur? D'autres variantes? Vous dites que le salariat conviendrait mieux au traitement des grands malades mentaux.

Faisons des comparaisons. Est-il acceptable que les malades moins atteints soient traités en pratique privée? Devraient-ils aussi être traités dans un centre communautaire de santé mentale, semblable à ceux qui existent en Colombie-Britannique, qui s'occupe d'un grand éventail de troubles psychiatriques mais non nécessairement les plus graves? Cela devrait-il être la forme de traitement psychiatrique des malades moins atteints?

Dr Jones: L'approche psychiatrique pourrait se faire à deux niveaux parce qu'il est très difficile d'établir les gradations de la maladie.

Pour les grands malades, ceux dont le cas est clair, et qui souffrent nettement de troubles psychiatriques, la formule par équipe pluridisciplinaire aux membres salariés qui dispose d'un centre et qui dessert une population et un territoire donné et qui doit s'assurer que la population reçoit les soins voulus en fonction de la gravité de la maladie de chacun, pour moi cela me semble être la bonne façon de s'occuper de tous ces cas.

Si les gens veulent faire soigner leurs névroses à la Woody Allen, qu'ils paient de leurs poches. Il y a des gens qui mettront avec plaisir de l'argent dans leurs poches pour s'occuper de cela. Mais le fait est que la psychothérapie, qui dans l'ensemble n'est pas efficace sous la forme où elle est dispensée d'ordinaire à ce genre de population et pour ce genre de troubles, est justement ce qui est remboursée par notre régime d'assurance-santé et voilà où est l'erreur. Cela mène les gens à fréquenter un «psy» sans en avoir vraiment besoin du point de vue médical. Psychologiquement, ils se sentiront peut-être mieux après le traitement, mais cela devrait être à eux de décider s'ils veulent en acquitter les frais sans intervention du régime d'assurance-santé.

M. Karpoff: Pour en revenir à ce médicament, il y a eu quelque chose l'autre jour à ce sujet aux nouvelles à la télévision. Est-ce encore un problème au Canada? Ce nouveau médicament est-il disponible au Canada? Peut-on l'obtenir sur ordonnance?

Dr Jones: Ce médicament s'appelle Clozapine. Il est vendu sous le nom de Clozoril, et il est fabriqué par la société *Sandoz Pharmaceuticals*. Il sera bientôt beaucoup plus répandu au Canada. À l'heure actuelle, il n'est prescrit que par compassion ou dans les cas d'urgence aux gens très malades pour lesquels aucun autre médicament n'a d'effet bénéfique.

Le problème tiendra particulièrement à cela: Comment le système de soins de santé canadien incorporera-t-il le coût de ce traitement, compte tenu que c'est nous qui payons, par opposition aux compagnies d'assurance, qui fonctionnent

[*Text*]

of this treatment? I suspect that within a short space of time there will be a little fury in Canada from totally different individuals about the cost of this treatment, and I think the same issue will be important to keep in mind. We must make sure the pharmaceutical company is not getting more money than it deserves for this treatment. After you have done that, these patients deserve this treatment. If this treatment is capable of getting one-third of chronically hospitalized people out of hospital—we have used this medication on about 10 patients, and this is what we found—then we cannot keep people from having this.

We would certainly be unable politically to keep people from having such an effective treatment in other types of disease entities. The only reason why one would even consider not letting these people have it is because the very patients who could benefit from it cannot advocate on behalf of themselves. Thank God their families, previously blamed for causing this illness in the old days of psychoanalytic theory, are now organized as an advocacy group and are finally making noise on their behalf.

The reason I am sitting here today is because of that organization. The reason that people have more awareness about mental illness in general is the existence of that organization. It is only 10 years old; it would have been here much earlier. The reason that it was not here much earlier is that these people were told they caused the disease in their sons or daughters. If you are told that, you do not run around advocating on behalf of better treatment; you disappear into the sunset. That is what happened up until 1980.

I think when this drug comes on board we have to keep in mind, besides the question of costs, why we would not consider an expensive treatment for this population when we consider expensive treatments for other populations.

Mr. Karpoff: You mentioned the drug was available more cheaply in other countries. How much cheaper? I recently heard of a drug that is now $32 a dose in Canada and is available at $3 a dose in New Zealand.

Dr. Jones: I am not sure of the actual cost, but it is substantially cheaper in Europe than in the United States. Some of this has to do with the monitoring of the drug for safety. The drug has a fairly significant side effect, affecting white blood cells in the body in 1% of people treated with it, and this could lead to death. If monitored carefully, no problems.

In the United States they built in a very careful system of monitoring the drug that made the cost of the treatment more expensive. The rationale of the company—and I think it is a reasonable one—is that in the United States there are many more lawsuits. If this drug were to kill someone or seriously hurt somebody, they would be at risk. Therefore the costs have to mirror that risk. In Canada, it is a different story, but I believe it is the same issue: How much is fair?

[*Translation*]

autrement? Comment allons-nous incorporer le coût de ce traitement? J'ai l'impression que d'ici peu, nous serons témoins de quelques éclats au Canada de la part de certaines autres personnes au sujet du coût de ce traitement, et je pense qu'il ne faudra pas négliger cette question. Nous devons veiller à ce que la société pharmaceutique fasse preuve de mesure dans les bénéfices qu'elle retirera de ce traitement. Cela fait, ces malades ont droit à ce traitement. S'il peut permettre de sortir le tiers des malades chroniques des hôpitaux—c'est ce que nous a révélé l'expérience que nous avons faite sur environ 10 malades—nous ne pouvons en priver ceux qui en ont besoin.

Sur le plan politique, nous ne pourrions jamais priver d'un traitement aussi efficace des gens qui seraient atteints de certains autres genres de maladies. La seule raison pour laquelle on pourrait même y songer, c'est tout simplement parce que les malades qui pourraient en bénéficier ne peuvent pas vraiment bien défendre leur cause. Remercions Dieu que leurs familles, que l'on accusait autrefois d'avoir provoqué la maladie, sont aujourd'hui regroupées en association et capables de réclamer enfin bien des choses en leur nom.

Si je suis ici aujourd'hui, c'est en raison de ce groupe. Si on en sait davantage aujourd'hui au sujet de la maladie mentale, en général, c'est grâce à lui. Il n'existe que depuis 10 ans. Il aurait pu voir le jour bien avant cela. Ce qui l'a empêché de le faire, c'est que l'on a toujours dit aux gens qui en font partie qu'ils étaient la cause de la maladie de leur fils ou de leur fille. Quand on se fait dire cela, il est bien évident que l'on n'ose pas trop réclamer de meilleurs traitements; on a plutôt tendance à demeurer effacé. Et c'est ce que ces gens ont fait jusqu'en 1980.

Lorsque ce médicament sera disponible, outre la question du coût, il faudrait peut-être se demander pourquoi on priverait un certain groupe de traitements qui coûtent cher quand on n'hésite pas à en offrir à d'autres.

M. Karpoff: Vous avez dit que le médicament coûte moins cher dans d'autres pays. À quel point? J'ai dernièrement entendu parler d'un médicament qui coûte à l'heure actuelle 32$ au Canada, et que l'on peut obtenir pour 3$ en Nouvelle-Zélande, pour la même quantité.

Dr Jones: Je ne suis pas certain du véritable prix, mais le médicament est beaucoup moins cher en Europe qu'aux États-Unis. Cela est en partie dû au contrôle du médicament sur le plan de la sécurité. Le médicament a un effet secondaire plutôt grave. Il s'attaque aux globules blancs chez 1 p. 100 des personnes qui le prennent, et cela peut provoquer la mort du malade. Mais, avec un bon contrôle, il n'y a aucune difficulté.

Aux États-Unis, on a mis en place un système très élaboré pour surveiller les effets du médicament. C'est ce qui rend le traitement plus cher. La société pharmaceutique justifie cela—et on ne saurait lui donner tort, je pense—par le fait qu'il y a une tendance beaucoup plus marquée à entamer des poursuites aux États-Unis. Si un malade mourrait ou était gravement atteint après avoir été traité à l'aide de ce médicament, la société risquerait d'être

[*Texte*]

Once you have decided what is fair, then these people should get this treatment. There is no reason why they should not have it.

Mr. Halliday (Oxford): You have made a fascinating presentation this morning. Your decision to introduce your subject by your cynical approach caught our attention, I am sure. It was a good gimmick. Most of what you said in your cynical approach had a grain of truth in it.

I was a country doctor for 22 years before I got into this political game, and there is no doubt about what you said about the in tact rights of those who are disabled.

• 1005

I live in a small community of about 1,500 where we have close to 215 beds in nursing homes, many of which are filled with the very patients you describe who were let out in the 1960s. It is unbelievable that governments of the day would do what they did. I presume you would agree that this would require changes in the laws provincially. Am I correct in that?

Dr. Jones: Right. The provincial mental health acts in the various provinces determine who can and who cannot be brought into hospital and treated. They vary to a degree, although Ontario's law, I believe, is setting the tone for most of the provincial legislation in this area.

Mr. Halliday: It was so unbelievable when it was brought to my attention that—with all due respect to you, Mary—

Mrs. Clancy: You are absolutely right.

Mr. Halliday: —I could not believe that what I was reading was what the legal people really meant. I thought I was misunderstanding it but, as you say, the very people who are least able to make a decision are the ones who are the most protected.

Mrs. Clancy: What Dr. Jones said is absolutely right. It was that whole system of rights, rights, rights. It was the right to go and die in a gutter. That is what it was.

Mr. Halliday: I am glad you have confirmed this problem. I guess we need to make recommendations from our committee that will be of interest to the provinces to do something in this area.

The other thing that really struck me was that we have had a lot of witnesses here, and about 75% or 80% of them have really been stressing to us that it is time to get away from treating illness and time to start prevention. You told us just the opposite.

I think both are true, obviously, but I was interested to think that your major concern—you brought this up early in your presentation—was that we are refusing to pay for treatment for people who need it, and instead across the

[*Traduction*]

poursuivie. Le prix du médicament doit donc refléter ce risque. Au Canada, c'est une autre affaire, mais je pense que la question est la même: que peut-on considérer comme un prix raisonnable? Après avoir répondu à cette question, ces gens devraient avoir droit à ce traitement. Rien ne justifie qu'ils en soient privés.

M. Halliday (Oxford): Votre exposé m'a fasciné, ce matin. Votre idée de nous parler du sujet en utilisant une approche un peu cynique a sûrement retenu notre attention. C'était une bien bonne idée. Presque tout ce que vous avez dit avait un grain de vérité.

J'ai été médecin de campagne pendant 22 ans avant d'entrer en politique, et tout ce que vous avez dit est absolument vrai au sujet des droits des malades.

Je vis dans un petit village d'environ 1,500 habitants, où nous avons près de 215 lits dans des foyers de soins infirmiers, dont un assez grand nombre est occupé, précisément, par les malades auxquels vous avez fait allusion, ceux que l'on a tenté de réintégrer à la sotiété dans les années 60. Il est incroyable que des gouvernements aient pu agir comme ils l'ont fait. Je suppose que vous seriez d'accord avec nous pour dire que cela exigerait des changements dans les lois provinciales. Ai-je raison?

Dr Jones: Tout à fait. Les lois provinciales en matière de santé mentale déterminent qui peut ou ne peut pas être admis dans un hôpital, et y être traité. Il y a certaines différences entre les provinces, malgré que la loi ontarienne, je pense, donne le ton pour la plupart des provinces dans ce domaine.

M. Halliday: J'ai trouvé la chose tellement invraisemblable quand on l'a portée à mon attention—malgré tout le respect que je vous dois, Mary...

Mme Clancy: Vous avez tout à fait raison.

M. Halliday: ...que je n'arrivais pas à croire que ce qui était écrit là était vraiment ce que les juristes avaient eu l'intention de dire. Je pensais que je comprenais mal, mais, comme vous le dites, ceux-là mêmes qui sont le moins capables de prendre une décision sont ceux dont ont se préoccupe le plus des droits.

Mme Clancy: Ce que dit M. Jones est absolument juste. On n'entendait parler que des droits. On avait le droit d'aller crever sur le bord du trottoir. C'était aussi simple que cela.

M. Halliday: Je suis heureux que vous le confirmiez vous aussi. Je pense que notre comité doit faire des recommandations pour que les provinces fassent quelque chose à cet égard.

L'autre aspect qui m'a vraiment frappé, c'est que parmi les nombreux témoins que nous avons reçus, il y en a eu environ 75 à 80 p. 100 qui ont vraiment insisté pour dire qu'il est temps de cesser de traiter la maladie et de nous intéresser davantage à la prévention. Vous soutenez le contraire.

Les deux ont du bon, évidemment, mais j'ai été plutôt intéressé de constater que votre principale préoccupation—c'est ce que vous avez dit au début de votre exposé—est que tout en refusant de payer pour un traitement dont certaines

[*Text*]

medical spectrum we are transplanting hearts and doing all of those fancy things that eventually lead to death anyway, but we are not treating those who could be treated now. Do you have any more comments to elaborate on that area?

Dr. Jones: When I started in medicine I was told that our job was to keep people alive. As I moved into psychiatry I gradually became aware that it was not only to keep people alive but also to make sure their quality of life was worth while. This is very true with this population who get sick at such a young age and then spend 50 or 60 years with a very poor quality of life.

In fact, I must say that when on occasion some of my patients have suicided I could not say to myself that they made a mistake, unless around the corner was a very dramatically improved treatment. So my goal, although still to keep people alive if they were suicidal, became much more to improve their quality of life.

This, to me, is what our health care system should be much more focused on in the sense that I deal with a population whose quality of life is so miserable. That is why I focus on the issue of treating those people who are sick. In psychiatry the problem with prevention is that it is a great idea but we have a big, big problem sitting right around the corner, and until we settle that one only then can we start worrying about prevention.

Most of these illnesses that are severe mental illnesses are thought to be genetic. They are thought to be exacerbated by various types of hard environmental factors such as birth injury, head trauma, possibly viral infection. But a preventive issue such as, say, getting kids who are at risk and making sure they are not exposed to bad mothers, which was originally the hypothesis as to what caused schizophrenia, is a waste of time.

I think that in areas in general in psychiatry the issue of finding a group at risk, such as people who are potentially going to suicide, in the general population is also a waste of time because you would literally have to run around cities with nets ready to catch people jumping off bridges or buildings, not knowing which buildings these people are going to come from.

If you want a high-risk group, just come to this group right here. I know one out of ten is killing himself. If you want another high-risk group, go to the very majorly depressed patients who suffer from severe depression and high suicide rates. In my experience, most people who suicide are people who have major psychiatric illnesses. There are occasionally people who kill themselves in other situations, so on this whole issue of prevention in psychiatry I think we have to clean up our act on the treatment side of our sick patients before we get to prevention.

[*Translation*]

personnes ont besoin, on continue, partout, à faire des transplantations cardiaques et toutes sortes d'interventions sophistiquées qui mènent toutes à la mort, de toute façon, mais nous ne traitons pas ceux qui pourraient l'être maintenant. Avez-vous des choses à ajouter là-dessus?

Dr Jones: À mes débuts, en médecin, on m'avait dit que notre tâche était de maintenir les gens en vie. Au fur et à mesure que j'avançais dans le domaine de la psychiatrie, je me suis rendu compte, petit à petit, qu'il ne s'agissait pas uniquement de maintenir les gens en vie, mais aussi de faire en sorte que leur vie soit d'une qualité suffisante. Cette réalité est vraiment très pertinente pour ces gens à qui la maladie s'attaque en très bas âge, et qui vivent ensuite pendant 50 ou 60 ans une vie dont la qualité laisse énormément à désirer.

En fait, je dois dire que lorsqu'il est arrivé que certains de mes malades se suicident, je n'ai jamais pu les accuser d'avoir commis une erreur, à moins qu'il n'y ait, à très brève échéance, un traitement qui puisse améliorer leur situation radicalement. Mon objectif, malgré qu'il ait toujours été de maintenir en vie ceux qui avaient une tendance au suicide, est donc devenu bien davantage d'améliorer la qualité de leur vie.

Personnellement, je pense que c'est bien davantage là-dessus que devrait être axé notre système de soins de santé, particulièrement lorsque je songe à ce groupe dont la qualité de vie est si misérable. C'est pourquoi je m'intéresse avant tout au traitement de ces gens malades. Dans le domaine de la psychiatrie, la difficulté, avec la prévention, c'est que c'est une bien bonne idée, mais nous devons avant tout régler un très grave problème, et ce n'est qu'après cela que nous pourrons songer à la prévention.

On croit que la plupart des maladies mentales graves sont d'origine génétique. On pense aussi qu'elles sont exacerbées par divers facteurs environnementaux sévères, comme un problème à la naissance, un traumatisme cranien, une infection virale. Mais un moyen de prévention comme, par exemple, déceler les enfants qui sont susceptibles d'être touchés par la maladie et veiller à ce qu'ils ne soient pas entre les mains de mauvaises mères, ce qui était, à l'origine, la cause de la schizophrénie, pensait-on, est une perte de temps.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'idée de déterminer les groupes à risque, comme les gens qui ont une tendance au suicide, dans la population en général, est aussi une perte de temps, parce qu'il faudrait littéralement sillonner toutes les villes équipé de filets pour attraper les gens qui se lanceraient du haut de ponts ou d'édifices, sans savoir où ils le feraient précisément.

Si vous cherchez un groupe qui présente des risques élevés, ne cherchez plus, je l'ai trouvé pour vous. Je sais qu'il y a 1 malade sur 10 qui se suicide. Et si vous voulez un autre groupe qui présente aussi des risques élevés, considérez celui des dépressifs très profonds, qui souffrent de dépression grave et chez qui le taux de suicide est très élevé. Selon mon expérience, la plupart des gens qui se suicident sont des gens qui sont atteints de troubles très graves. Il y a bien aussi le cas de quelques autres personnes qui se suicident pour d'autres raisons. Mais, pour ce qui est de la prévention dans le domaine de la psychiatrie, je pense que nous devons commencer par faire le ménage dans tout ce qui concerne l'aspect du traitement des malades avant de songer à la prévention.

[*Texte*]

Mr. Halliday: I am pleased to have you emphasize that, because I think the committee must not forget the importance of treatment too, although at times we feel that it is being overdone.

Mr. Karpoff very properly raised the question of the cost of some of these new drugs. It raises the fact that in our society today there is a lot of emotional thinking and feeling around the issue of AIDS. We happen to have on the Hill now an ad hoc committee on AIDS which includes both the Senate and the House of Commons. So there is one disease that has been given a very high profile in which, again, some of the drugs are extremely expensive. I guess society is now tackling the issue as to whether we are going to pay for these drugs for these people. Do you see any difference between paying for these expensive drugs for those with AIDS as compared with paying for expensive drugs for those with psychiatric illnesses? Should there be any discrimination or any difference?

• 1010

Dr. Jones: To me, both are illnesses that have a chronic nature. Both are illnesses that affect certainly the quality of life and affect young people. In the sense that I am talking about how long are you disabled, I think schizophrenia comes out on top over AIDS. In the sense of numbers affected, schizophrenia comes out on top over a disease like AIDS by a longshot.

I guess what I worry about is that people with AIDS and with a very valid reason to require treatment that is expensive are very eloquent spokesmen on their own behalf, and the people with schizophrenia are, by the very nature of their disease, not able to be spokesmen on their own behalf. People who make these decisions, very difficult decisions, I think have to judge those factors. They cannot simply listen to the noise or the advocacy that is coming; they have to weigh the facts, weigh the disabilities associated and come up with very difficult decisions as to who gets what. I believe our group of patients get the least because they cannot act on their own behalf to tell people that they deserve more.

Mr. Halliday: I will try to keep that in mind.

On a subject area that I do not think you really touched on, and we have had reference to it on this committee before, namely, the movement of patients from Canada to seek treatment abroad, usually the U.S.A., I was told earlier this week by a chap who comes from one of the large tertiary teaching hospitals in Canada on the administrative side—he is not a physician—that in his opinion about $1 billion worth of health care is sought from outside the country by Canadians. Does this apply to the field of psychiatry?

Related to that question, is there any loss of good psychiatrists from Canada to the U.S.A. because they feel they do not have adequate funding here for the work they want to do, and maybe the research facilities do not provide

[*Traduction*]

M. Halliday: Je suis heureux que vous insistiez là-dessus, parce qu'en tant que comité, nous ne devons pas négliger l'importance du traitement, aussi, même si nous pensons parfois que ce côté reçoit trop d'attention.

M. Karpoff a soulevé, à juste titre, la question du coût de certains de ces nouveaux médicaments. Cela fait ressortir le fait que dans notre société, aujourd'hui, il y a beaucoup d'émotions et de sentiments autour de la question du SIDA. Il y a justement, à l'heure actuelle, un comité spécial du Sénat et de la Chambre des communes qui étudie cette question. Il y a donc une maladie dont on fait très grand cas, à l'heure actuelle, et pour laquelle les médicaments sont extrêmement chers. La société s'interroge maintenant sur l'opportunité de fournir ces médicaments aux gens qui sont atteints du SIDA. Quelle est la différence entre offrir gratuitement des médicaments qui coûtent chers à ces gens et en faire autant pour ceux qui sont atteints de maladies mentales? Devrait-on traiter ces deux genres de malades différemment?

Dr Jones: Personnellement, je pense que ces deux maladies sont chroniques. Elles affectent sûrement toutes deux la qualité de la vie, et elles s'attaquent particulièrement aux jeunes. Je pense que l'on est schizophrène beaucoup plus longtemps que l'on peut être atteint du SIDA. Et pour ce qui est du nombre de gens qui sont atteints de la maladie, les schizophrènes sont beaucoup plus nombreux que les sidatiques.

Ce qui me tracasse particulièrement, je suppose, c'est que les gens atteints du SIDA, qui ont une raison très valable d'exiger un traitement qui coûte cher, ont toutes les qualités voulues pour faire valoir leur cause, mais il en va tout autrement des schizophrènes qui, en raison du caractère même de leur maladie, ne peuvent pas en faire autant. Les décideurs, dans notre société, ceux qui doivent prendre des décisions très difficiles, doivent tenir compte de ces facteurs, à mon avis. Ils ne doivent pas se contenter de réagir à ceux qui font le plus de bruit ou à ceux qui défendent le mieux leur cause; ils doivent peser les faits, mettre les problèmes qui sont éprouvés en rapport, et prendre des décisions très difficiles sur qui obtient quoi. Je pense que notre groupe de malades obtient moins que les autres parce qu'ils sont incapables de démontrer par eux-mêmes aux autres qu'ils méritent davantage.

M. Halliday: Je vais essayer de m'en souvenir.

Sur un sujet que vous n'avez pas vraiment abordé, et auquel on a déjà fait allusion devant le comité, soit la tendance de certains Canadiens à aller se faire soigner à l'étranger, habituellement aux États-Unis, au début de la semaine, un administrateur d'un hôpital tertiaire où l'on enseigne à certains étudiants, au Canada—la personne en question n'est pas médecin—me disait que les Canadiens dépensaient environ un milliard de dollars à l'étranger pour recevoir certains traitements. Cela s'applique-t-il au domaine de la psychiatrie?

Toujours sur cette question, perd-on de bons psychiatres au Canada, au bénéfice des États-Unis, parce qu'ils sont insatisfaits du financement qu'ils reçoivent pour accomplir le travail qu'ils voudraient faire, et peut-être parce que les

[*Text*]

them with the opportunities in Canada to do the high-quality work they would like to do? I can cite some examples in other areas, other disciplines in medicine, but is this true in psychiatry about patients and about doctors both leaving the country?

Dr. Jones: In terms of patients going down for care, I think that is probably true in the area of alcohol and drug addiction. I am aware of this as a problem, that many people are seeking out treatment within the United States as opposed to the treatment that is available within Canada. I believe there are some people who go south in order to be housed in fairly nice, posh clinics, but these generally are the worried well. They are not usually those with severe mental illness.

For the most part, those people I deal with do not go south of the border to seek out treatment. I think the reason they do not is. . .simply go down to any American city and walk around for a little while and you will see what happens to people who have schizophrenia in the United States. It is worse than what happens here in Canada. They end up very much more on the streets, very much less treated effectively and well than they are in Canada. So I believe it is not a major problem in psychiatry re psychatric patients, except maybe in that area of alcohol and drug addiction.

In terms of loss of psychiatrists, I think this is a problem. Certainly this is one of the reasons why we feel it is extremely important to promote a good funding base of research for major psychiatric illnesses and for schizophrenia, because in the United States the National Institute of Mental Health has stated that schizophrenia is its number one priority. In many other areas the National Institute of Mental Health has shifted gears very much over into the direction of trying to understand these severe mental illnesses, recognizing the cost of these illnesses to society. As a result of that, there is a tendency for Canadian researchers to feel that it is an easier task to carry out research going south.

One could say that in this kind of situation losing researchers for a disease like this is no big deal, because if they go south and find the cure for some of these diseases, who cares? At least they have found the cure that is going to affect us up here in Canada. Why spend money on it?

• 1015

The issue here is infrastructure. If you have an infrastructure of good researchers across the country for any particular disease—it does not make any difference what it is—then you have quality of teaching. This trickles down through the whole system into the medical schools and into other disciplines. As a result, you raise the level of knowledge throughout in terms of how to take care of people with these diseases.

You also provide role models for young medical students in other disciplines to move into psychiatry, maybe into the area of the severe mentally ill. I believe very strongly that it is important to have a good, solid infrastructure of medical

[*Translation*]

institutions de recherche, au Canada, ne leur donnent pas la possibilité de faire le travail de haute qualité qu'ils voudraient faire? Je peux citer des exemples dans d'autres domaines, dans d'autres disciplines du domaine de la médecine, mais est-ce vrai dans celui de la psychiatrie? Y a-t-il des malades et des médecins qui s'en vont ailleurs?

Dr Jones: Au sujet des malades qui vont se faire soigner aux États-Unis, la chose est peut-être vrai dans les cas d'alcoolisme et de toxicomanie. Je sais que le problème existe au Canada. Il y a un grand nombre de gens qui préfèrent aller se faire soigner aux États-Unis plutôt qu'au Canada. Je pense qu'il y a en un certain nombre qui préfèrent les États-Unis pour être logés dans de belles cliniques, mais se sont généralement des bien portants qui se font du souci. Ce ne sont généralement pas des gens qui sont atteints d'une maladie mentale grave.

Les gens que je traite, pour la plupart, n'ont pas tendance à aller se faire soigner aux États-Unis. Et la raison en est fort simple. Allez dans n'importe quelle ville américaine et voyez un peu ce qui arrive aux schizophrènes aux États-Unis. Leur situation est bien pire qu'au Canada. Ils se retrouvent bien plus souvent dans la rue et sont beaucoup moins bien traités qu'ils ne le sont au Canada. Le problème ne s'applique donc pas tellement dans le domaine de la psychiatrie, pas autant que dans les cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, en tout cas.

Pour ce qui est de la perte de psychiatres, c'est une autre affaire. C'est sûrement l'une des raisons pour lesquelles nous pensons qu'il est extrêmement important d'assurer une bonne base de financement en ce qui a trait à la recherche sur les principales maladies mentales et la schizophrénie, parce qu'aux États-Unis, le *National Institute of Mental Health* a fait de la schizophrénie sa première priorité. Dans de nombreux autres domaines, le *National Institute of* Mental Health a pris un virage très important vers le traitement des maladies mentales graves, après en avoir reconnu le coût pour la société. Cette nouvelle orientation incite les chercheurs canadiens à penser qu'il doit être plus facile de faire de la recherche aux États-Unis.

On pourrait être tenté de dire que dans un tel cas, perdre des chercheurs, pour une telle maladie, n'est pas tellement grave, parce que s'ils s'en vont aux États-Unis et trouvent le remède à certaines de ces maladies, qu'est-ce que cela peut bien faire? On peut se consoler en disant qu'ils auront trouver le remède, et que nous en bénéficieront ici, au Canada. Alors, à quoi bon dépenser tout cet argent?

Ce qui importe, ici, c'est l'infrastructure. Une bonne infrastructure composée de bons chercheurs dans tout le pays à l'égard d'une maladie particulière—quelle qu'elle soit—permet d'avoir un enseignement de qualité. Cela se répercute dans tout le système, dans les écoles de médecine ainsi que dans d'autres disciplines. Ce faisant, on sait mieux un peu partout comment soigner les gens qui sont atteints de ces maladies.

On fournit aussi des modèles qui peuvent encourager des jeunes étudiants qui sont inscrits dans d'autres disciplines à s'orienter vers la psychiatrie, et peut-être vers les cas de maladies mentales graves. Je suis fermement convaincu de

[*Texte*]

research in Canada. It is very important in the area of psychiatry and very, very important in the area I deal with—of course I am very biased—because I think it will have a trickling-down effect that will solve a lot of the problems we currently face—as long as, of course, other issues such as how you fund people and how you move people towards this kind of patient population are also covered in the pay structure.

Mr. Halliday: Dr. Jones, I cannot tell you how much I appreciate your saying that. I did not coach you in saying it, but I have said the very same words myself many times. I wish groups like yours and individuals like you would get into the public and start talking more in this fashion, and also start lobbying Members of Parliament. Members of Parliament, as politicians, do not think too much beyond the next four years before the next election. We want to spend money—

Mrs. Clancy: Speak for yourself, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: I am speaking generically of politicians. I am one of the exceptions because I would like to see us spend a lot more money on research and require patients to pay a bit of their health care themselves. I would like to pay $100 every year, with a cap on it, towards my own health care, and use that $100 I am saving the government to do the research that should be done. You have stated so precisely that the level of research we have determines the whole quality of the system right on down. Once you lose your key people who want that kind of opportunity to do research, your whole level filters down to a lower degree of quality. It is extremely important.

Dr. Jones: I think you can even see that within Canada, if you look at the quality of psychiatric care and the quality of other medical care and the nature of who is well-respected as opposed to who is not well-respected. I think psychiatry usually falls right to the bottom of the barrel.

One of the reasons is that our infrastructure of research has been so poor. We are to blame for that to a degree, but now as we try to get our feet on the ground we need a little boost. That boost has up until now not really been forthcoming. If we can become equal to the other disciplines in terms of our research funding, then I think you will see our image start to go up. As our image goes up, that means we are doing something better and our patients will benefit.

Mr. Halliday: One last question on payment mechanisms. Mr. Karpoff raised the subject of payment. I think it is germane to our discussion and very important. I know where Mr. Karpoff is coming from. He is interested in seeing all physicians on salary. I would prefer to see an option of some physicians being on salary and otherwise. But let us assume we have all physicians on salary as he was hypothesizing. How do you then recognize excellence within the psychiatric profession?

[*Traduction*]

l'importance d'une infrastructure solide en matière de recherches médicales au Canada. C'est très important dans le domaine de la psychiatrie, et très important dans le secteur où je travaille—j'ai évidemment un parti pris—parce que je pense que cela aura un effet d'entraînement qui réglera un grand nombre des problèmes auxquels nous faisons face à l'heure actuelle—comme, évidemment, comment intéresser les gens à ces malades en faisant intervenir le financement et le régime de rétribution.

M. Halliday: Monsieur Jones, je ne peux vous dire à quel point je suis heureux de vous entendre dire cela. Je ne vous ai pas forcé à le faire, mais je l'ai moi-même dit bien des fois. Je voudrais bien que des groupes comme le vôtre et des personnes comme vous commencent à parler davantage de cette façon, et aussi à faire des pressions sur les députés. Les députés, les politiciens, ne pensent pas tellement à plus long terme que les quatre prochaines années, avant la prochaine élection. Nous voulons dépenser de l'argent. . .

Mme Clancy: Parlez pour vous, monsieur Halliday.

M. Halliday: Je parle de l'attitude des politiciens, en général. Je fais partie des exceptions, parce que je voudrais que nous consacrions davantage d'argent à la recherche et que nous exigions des malades qu'ils paient un peu de leurs poches pour les soins de santé qu'ils reçoivent. Je voudrais verser 100$ chaque année, moyennant une certaine limite, pour les services que je reçois, et affecter ces 100$ que j'épargne au gouvernement à la recherche qui devrait être faite. Vous avez pertinemment affirmé que toute la qualité du système, dans son ensemble, est fonction de la recherche que l'on effectue. Lorsqu'on perd les gens qui sont intéressés à faire cette recherche, on y perd d'autant sur le plan de la qualité. C'est extrêmement important.

Dr Jones: C'est même une réalité que l'on peut constater au Canada, je pense, si l'on considère la qualité des soins psychiatriques et celle d'autres soins médicaux, les malades qui sont bien respectés et ceux qui ne le sont pas. La psychiatrie se retrouve habituellement au fond du baril.

Cela s'explique en partie par notre infrastructure de recherche qui a toujours été si pauvre. C'est de notre faute, dans une certaine mesure, mais maintenant que nous essayons de redresser la situation, nous avons besoin d'un peu d'aide. Jusqu'à maintenant, on ne peut pas dire que nous avons vraiment été choyés. Si nous pouvons au moins obtenir autant de financement que les autres disciplines, en fonction de la recherche, vous verrez alors notre image reprendre un peu de vigueur. Cela signifiera alors que nous pourrons offrir de meilleurs services, et nos malades en bénéficieront.

M. Halliday: Une dernière question sur la rémunération. Monsieur Karpoff a soulevé la question de la rémunération. Elle me paraît pertinente à notre discussion, et très importante. Je sais à quoi monsieur Karpoff voudrait en venir. Il voudrait que tous les médecins soient à salaire. Je préférerais, pour ma part, une formule qui permettrait aux médecins de choisir d'être rémunérés à salaire ou sur une autre base. Mais supposons pour un instant que tous les médecins soient à salaire, comme il le supposait. Comment reconnaître alors l'excellence dans le domaine de la psychiatrie?

[*Text*]

I am thinking of other professions like teaching, for example, where there is a definite scale of salary increase for teachers. The best teacher usually becomes a principal, then usually become a superintendent, then goes on to be a director of education. Certainly that is true in Ontario, for example. Is that the way you see excellence being rewarded in the practice of psychiatry if everybody was on salary?

I would like to have a few more of your ideas about payment mechanisms for psychiatrists. In particular how do you reward excellence? If you do not reward excellence, they are the ones that will go to the States. Maybe you want to reward them by giving them an excellent research facility. That might be one attraction. I am interested in your views on that.

Dr. Jones: I think it comes down to how you reward excellence within any kind of institution, corporation or whatever, where you are obviously funding people through salaries. Maybe you can reward them through incentives, in terms of making sure that they match or meet the quality assurance goals that this particular program, institution or whatever has set out. This could be evaluated.

I believe this is part of the accountability of making sure these people do not gradually shift in the direction of taking care of less sick patients. Basically they have their salary and they also have a lot of people out there who are willing to come and be psychotherapized, so they do not need to take care of these sicker people. I think you would have to have a system of accountability that in turn could be used to monitor how well someone is doing something, how effective they are, whether they are meeting the goals of their program or their institution. Beyond that, I do not think I can address that issue very well. I certainly do not have training in that area.

• 1020

The Chairman: Dr. Jones, this committee is looking at a variety of health care issues from a national perspective. Is there a change from urban to rural with younger people, the incidence of drug and alcohol abuse we now have, and the pressure on peer groups of society in general, the shifting changes we have seen lately? Is that having an effect within the patients you are dealing with?

Dr. Jones: Our patients are usually housed within cities. I guess to a great degree that is where the cheapest housing can be found. As a result, our patients are exposed to the potential for drug abuse. They are in fact victimized by those selling the drugs. They are an easy take. They do not have a lot of money, but whatever money they have, sometimes they may spend it on this rather than the things they truly need.

[*Translation*]

Je pense à d'autres professions, comme l'enseignement, par exemple, où il y a un barême d'augmentation pour les enseignements. Le meilleur enseignant devient habituellement directeur, et accède généralement au rang de surintendant, puis de directeur de l'éducation. C'est sûrement le cas en Ontario, par exemple. Est-ce de cette façon que vous voyez l'excellence récompensée dans le domaine de la psychiatrie, si tous les psychiatres étaient à salaire?

Je voudrais aussi que vous me donniez quelques autres de vos opinions au sujet des formules de rémunération possibles pour les psychiatres. Notamment, comment récompense-t-on l'excellence? Si on ne le fait pas, les meilleurs s'en iront aux États-Unis. On pourrait peut-être les récompenser en leur donnant d'excellentes installations de recherches. Ce sera peut-être un moyen de les attirer. Qu'en pensez-vous? Cela m'intéresse.

Dr Jones: Je pense que cela revient à la façon de récompenser l'excellence dans quelle institution que ce soit, ou dans quelle société que ce soit, où l'on récompense évidemment les gens au moyen du salaire. On peut peut-être aussi les récompenser au moyen d'encouragements, pour s'assurer qu'ils atteignent les objectifs de qualité qui ont été fixés pour ce programme ou cette institution particulière. Cela pourrait être évalué.

Je pense que cela fait partie de la responsabilité de veiller à ce que ces personnes ne se limitent pas graduellement à s'occuper de malades qui sont moins atteints que d'autres. Fondamentalement, ils touchent leur salaire, et il y a aussi un grand nombre de personnes qui sont tout disposées à se soumettre à une psychothérapie. Ils n'ont donc pas à se préoccuper de ces personnes qui sont plus atteintes que d'autres. Il faudrait aussi un système de responsabilité que l'on pourrait utiliser pour surveiller le rendement, l'efficacité des intervenants, la mesure dans laquelle ils atteignent les objectifs de leur programme ou de leur institution. Je ne pense avoir tellement d'autre chose à dire là-dessus. Je n'ai pas vraiment de formation dans ce domaine.

Le président: Monsieur Jones, notre comité a reçu le mandat de se pencher sur tout un éventail de questions liées aux soins de santé dans une perspective nationale. Y a-t-il une différence, à l'heure actuelle, pour les jeunes dans les milieux urbains et ruraux, avec l'incidence de l'abus de drogue et d'alcool, la pression des pairs que l'on trouve en général dans la société, les changements dont nous avons été témoins dans les derniers temps? Cela a-t-il un effet sur les malades que vous traitez?

Dr Jones: Nos malades habitent généralement à la ville. C'est dans les villes que l'on peut habituellement se loger pour le moins cher, dans une large mesure. Nos patients sont donc exposés à la drogue. Ils sont, en réalité, les victimes de ceux qui vendent des stupéfiants. Ils sont des proix faciles. Ce n'est pas qu'ils ont tellement d'argent, mais ils dépensent parfois tout ce qu'ils ont sur la drogue plutôt que sur les choses dont ils ont vraiment besoin.

[*Texte*]

We do have a major problem of drug abuse within this kind of population. I do not think it is any greater than it is for any other population, but the drugs going into the brains of these people are deadly. They already are dealing with a fairly disturbed chemistry within their brains because of their disease. Now you add fuel to the fire. This can often precipitate acute episodes of illness.

One of the difficulties is trying to figure out where these people might best live. One does not want to tell them where to live, but if you had better services in lower-stress areas for these people, I think they could benefit from that. They are very sensitive to stress. A city is a stressful place to live, the country less stressful. I think they do better when they are in rural areas than when they are in urban areas, but they do not have the facilities to go to unless their family happens to be able to take them.

One large study of the World Health Organization found that schizophrenic patients do better in their long-term course of illness in underdeveloped countries compared with developed countries. It was felt this was because extended families were able to care for them in their illness. They usually were in rural, less stressful areas and not so much in urban areas.

I think we can take a lesson from that. We are not going to underdevelop our country in order to treat schizophrenia, but since we have a developed country, we need to think of how better to suit the environment to these people's needs. If we do that, I think we will see less and less of them appearing in our hospitals. There will be much less cost for us and a much better quality of life for them.

The Chairman: Thank you. We will move to Dr. Wilbee. I know you have come in late. I hope you have had a chance to review some of the materials. When some of the symptoms were described earlier, sir, it was alluded to that those of us on the Hill might be quite familiar with them. You may wish to pursue that avenue.

Mr. Wilbee (Delta): Everybody has heard the definition of Parliament—the only insane asylum where the inmates run the show.

I asked for a copy of your speech. I apologize for being late. Like so many members, you try to be in two or three different places at once. We have had a meeting together; I assure you that I am very interested in this whole topic.

It was vividly illustrated last night. I was walking home around 11 p.m. and passed a doorway a couple of blocks away from here. There was a body under a blanket across from the Metropolitan Life building. A pair of shoes was very carefully set beside this blanket. I looked twice. I thought I was in New York City or something.

[*Traduction*]

Il y a vraiment un problème grave de toxicomanie dans ce groupe. Il n'est peut-être pas plus grave que dans quelqu'autre groupe, mais les drogues qui entrent dans le cerveau de ces gens sont mortelles. Ils ont déjà à composer avec une chimie passablement boulversée dans leur cerveau en raison de leur maladie. C'est comme jeter de l'huile sur le feu. Elles peuvent parfois occasionner des poussées aiguës de la maladie.

L'une des difficultés est de trouver où ces gens seraient le mieux. Ce n'est pas tellement pour leur imposer un endroit ou un autre, mais si l'on offrait à ces gens de meilleurs services, dans des endroits où le stress est moins fort, je pense que cela pourrait les aider. Ils sont très sensibles au stress. La ville est un endroit où il est stressant de vivre, mais ce l'est moins à la campagne. Je pense qu'ils sont mieux à la campagne qu'à la ville, mais ils n'ont pas toujours les possibilités d'y demeurer, à moins que leur famille puisse le leur offrir.

Dans une étude importante qu'a menée l'Organisation mondiale de la santé, on a constaté que les schizophrènes vivent mieux, à long terme, dans les pays sous-développés que dans les pays développés. On pense que c'est parce que les familles élargies peuvent mieux prendre soin d'eux avec leur maladie. Ils résident plutôt dans des régions rurales, où il y a moins de stress, et pas tellement dans des régions urbaines.

Il y a une leçon à tirer de cela, selon moi. Nous n'allons pas faire marche arrière dans le développement de notre pays pour traiter la schizophrénie, mais puisque nous vivons dans un pays développé, nous devons penser à la façon d'adapter l'environnement aux besoins de ces gens. Si nous faisons cela, je pense qu'il y aura de moins en moins de ces malades qui fréquenteront nos hôpitaux. Ils nous coûteront beaucoup moins cher et la qualité de leur vie sera de beaucoup améliorée.

Le président: Merci. Nous allons maintenant donner la parole à M. Wilbee. Je sais que vous êtes arrivé un peu tard. J'espère que vous avez eu l'occasion d'examiner un peu la documentation. En décrivant certains des symptômes de la maladie, monsieur, on a dit qu'ils pourraient être très bien connus par certains d'entre nous sur la colline. C'est une voie que vous voudrez peut-être explorer davantage.

M. Wilbee (Delta): Nous avons tous déjà entendu cette définition du Parlement—le seul asile où les pensionnaires sont les patrons.

J'ai demandé un exemplaire de votre document. Je m'excuse d'être en retard. Comme bien d'autres députés, j'essaye toujours d'être à deux ou trois endroits différents en même temps. Nous avons eu une réunion; je vous assure que je m'intéresse vivement à ce sujet.

J'en ai eu une saisissante illustration hier soir. Je revenais à la maison, vers 23 heures, et je suis passé devant une entrée à deux intersections d'ici. Il y avait quelqu'un sous une couverture, qui était entendu de l'autre côté de l'édifice de la Metropolitan Life. À côté de cette couverture, il y avait une paire de chaussures minutieusement rangée. J'ai regardé encore une fois. Je me pensais à New York, ou quelque part ailleurs.

[*Text*]

I asked for the topic to see if you had discussed this. In your speech you obviously did mention that a number of homeless are really mentally ill. This whole topic we are dealing with is the cost of medical care in Canada. I think that sometimes these costs we do not usually put with doctors' salaries—drug costs, hospital costs, and so on—are very high.

• 1025

I was interested in your comment that great numbers of homeless are really mentally ill. As I passed that person, I wondered if this was necessary in a city like Ottawa, or if this was a choice that he was making. Perhaps it is that they just do not know how to cope with it.

My personal feeling is that schizophrenia is a curable disease. You mentioned the increasing public awareness. You said that until 10 years ago everything was kept in the closet, but now it is coming out. Workers and consumers and friends of schizophrenia had an excellent conference in Vancouver. I think you made a giant step forward with that conference. I hope they will continue educating families and the public in the problems of this particular illness.

I believe the key is in research. We can spend millions of dollars looking after people, but I believe we are not spending enough.

I received a letter just this week. It concerns research funding recommended by many groups for schizophrenia. This had been turned down by the Medical Research Council, or the National Research Council. Can you give us an idea of what kind of funds are being expended at present in Canada, the source of these funds, and what you would consider to be an ideal situation?

Dr. Jones: I have some figures compiled by the Schizophrenia Society of Canada, actually compiled by one member who knows what he is talking about. He works within research and is not simply taking these numbers out of the sky. In 1986–87, the last year for which he could get the actual costs related to research for schizophrenia, approximately $500,000 was spent by the Medical Research Council and National Health Research Development to fund research for schizophrenia.

This compares to a direct health care cost for people with schizophrenia of $1.7 billion in 1986–87. When you look at diseases in general, you find $257 million was spent in 1986–87 for research, compared to direct health care costs for all diseases of $41 billion. I hope these numbers are accurate. If you consider what has been spent for research on schizophrenia in ratio to what the disease costs us, you get a figure of 0.025%. These are the health care costs put into

[*Translation*]

J'ai demandé une copie de votre document pour voir si vous avez discuté de cela. Dans votre exposé, vous avez évidemment mentionné qu'un certain nombre de sans-abri sont malades mentalement. Cela fait partie du sujet dont nous discutons, du coût des soins de santé au Canada. Ces coûts—que nous n'associons habituellement pas à la rémunération des médecins—le coût des médicaments, des hôpitaux, et le reste—sont parfois très élevés.

Vous avez dit qu'un grand nombre de sans-abri sont atteints de maladies mentales. Cette affirmation me paraît intéressante. En m'éloignant de cet homme, je me demandais si c'était nécessaire dans une ville comme Ottawa, ou si c'était un choix qu'il avait fait. C'est peut-être tout simplement parce qu'il ne sait pas comment composer avec cette situation.

J'ai personnellement l'impression que la schizophrénie est une maladie qui se soigne. Vous avez fait allusion à la prise de conscience de plus en plus importante de la part du public. Vous avez dit que jusqu'à il y a dix ans, tout demeurait caché, mais qu'aujourd'hui, c'est tout le contraire. Il y a eu une excellente conférence à Vancouver, sur la schizophrénie, qui a réuni les clients, les amis et les travailleurs dans le domaine. Je pense que vous avez fait un pas de géant avec cette conférence. J'espère que l'on continuera à faire connaître aux familles et au public les difficultés de cette maladie particulière.

La clé réside dans la recherche. Nous pouvons dépenser des millions de dollars pour soigner les gens, mais je pense que ce n'est pas assez.

J'ai reçu une lettre, pas plus tard que cette semaine. Elle a trait au financement à l'égard de la recherche que recommandent de nombreux groupes dans le domaine de la schizophrénie. Ces recommandations sont demeurées lettre morte auprès du Conseil de recherches médicales et du Conseil national de recherches. Pouvez-nous nous donner une idée des fonds qui sont consacrés à la recherche à l'heure actuelle au Canada, de leurs sources, et de la situation qui serait idéale pour vous?

Dr Jones: J'ai ici quelques chiffres qui ont été compilés par la Schizophrenia Society of Canada, en réalité, par l'un de ses membres qui sait vraiment de quoi il parle. Il oeuvre vraiment dans le domaine de la recherche, et ce ne sont donc pas des chiffres qu'il tire tout simplement des nuages. En 1986–1987, soit la dernière année pour laquelle il a pu obtenir les coûts réels liés à la recherche sur la schizophrénie, le Conseil de recherches médicales et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé ont affecté environ 500,000$ à la recherche dans le domaine de la schizophénie.

Cela se compare à 1,7 milliard de dollars qui ont été dépensés directement pour traiter des gens atteints de schizoprhénie en 1986–1987. Pour l'ensemble des maladies, en général, on constate que 257 millions de dollars ont été consacrés à la recherche en 1986–1987, comparativement à des coûts directs de 41 milliards de dollars en soins pour toutes les maladies. J'espère que ces chiffres sont exacts. Si l'on établit le rapport entre ce qui a été attribué pour la

[*Texte*]

research. If you take all diseases, in terms of research moneys over health care costs, you get 0.625% in research dollars, compared to the health care costs for all diseases. If you take the 0.025% and you compare it to 0.625% for all diseases, you come up with a figure that is about 1/25 of spending for this disease, compared to all medical diseases.

That is the federal government's funding. Provincial government funding is not much greater. In fact, it is fairly low for this disease. There is not any evidence, if you look at the later years, that things are changing all that dramatically at this point.

If you consider what it is like to try to raise money for this disease privately, which might be the answer, you see that it is very difficult to gain research dollars for this disease. You cannot have a telethon and put a crazy person in front of the screen and get people to get excited about that. We all know what we have done when we have gone down to the States and seen a guy talking to himself on the street. We do not go over and give him money. We might giggle, but we do not take it seriously. A telethon will not work.

The patients themselves, as I have stated on a couple of occasions, are not the greatest spokesmen for themselves. They cannot go out and raise money. They cannot run across the country on one leg. Nothing looks all that interesting in terms of private funding. It is very difficult to raise money for mental health issues, mental illness issues, and for this disease in particular.

• 1030

That is what we are left with. We are left with rather dismal funding for research in Canada. I think this is where Canada really falls behind most of the world. We are much better in caring for our severely mentally ill people, although I think we could do a much better job, and we could take some of that wonderful money that is going into all these other illnesses. I think that on the research side we are really falling way down.

I think the reasons for this problem are shared by the medical profession in psychiatry. There have not been good researchers in the past so we have not developed a track record. The biases, the stigma, the lack of knowledge about this disease, all of these are reasons why we do not have the kind of funding that we need.

I think it has to increase. We have been told by the agencies that the way they will increase it is through peer review competition. We have heard this onwards and onwards and onwards, that this is the way you go. You go through peer review competition. Then you are up against the heart disease proposals, the cancer proposals, the whatever other proposals. That that is fine, and we are willing to compete in that forum, but we believe we do need a little bit of a boost

[*Traduction*]

recherche et ce que la maladie nous a coûté, on arrive à 0,025 p. 100. Pour l'ensemble des maladies, le rapport entre la recherche et le traitement est de 0,625 p. 100. En établissant maintenant le rapport entre ces deux ratios, on arrive à 1/25, ce qui est vraiment très peu.

Cela représente le financement accordé par le gouvernement fédéral. La situation n'est pas tellement plus reluisante sur le plan provincial. On peut même dire, en réalité, que le financement est plutôt pauvre pour cette maladie. En examinant la situation au cours des dernières années, on se rend compte que rien n'indique vraiment que les choses évoluent radicalement à cet égard.

Si l'on considère ce que cela représente que d'essayer de recueillir de l'argent dans le secteur privé pour cette maladie, ce qui pourrait être la solution, on constate qu'il est très difficile d'en obtenir pour la recherche. On ne peut pas organiser un téléthon, et présenter quelqu'un un peu détraqué à la télévision et attirer les gens avec cela. Nous savons tous quelle réaction nous avons eue, aux États-Unis, en voyant quelqu'un qui se parlait tout seul dans la rue. Nous n'avons pas tendance à nous en approcher pour lui donner de l'argent. Nous pouvons bien ricaner un peu, mais nous ne prenons pas cela tellement au sérieux. Un téléthon ne marchera pas.

Les malades, eux-mêmes, comme je l'ai déjà dit, ne sont pas les plus compétents pour défendre leur cause. Ils ne peuvent pas tellement recueillir d'argent. Ils ne peuvent pas traverser le pays sur une jambe. Il n'y a rien qui soit tellement intéressant, et qui permette d'aller chercher de l'argent dans le secteur privé. Il est très difficile de recueillir de l'argent pour la santé mentale, les maladies mentales, et pour celle-là en particulier.

C'est ce qui nous reste. Nous devons nous contenter d'un financement plutôt déficient pour la recherche au Canada. Je pense que c'est là que le Canada prend vraiment du recul par rapport à la plupart des autres pays dans le monde. Nous nous occupons beaucoup mieux de nos malades mentaux qui sont gravement atteints, malgré que nous pourrions faire encore davantage, et nous pourrions transférer une partie de tout ce bel argent que nous consacrons à ces autres maladies. Du côté de la recherche, notre situation est vraiment pitoyable.

On peut probablement attribuer une bonne partie de ce problème à la profession médicale dans le domaine de la psychiatrie. Nos psychiatres n'ont jamais été de bons chercheurs. Notre expérience n'est donc pas tellement intéressante dans le domaine. Les préjugés, les stigmates, le manque de connaissances de la maladie, tout cela explique que nous n'ayons pas le financement dont nous avons besoin.

Je pense qu'il doit augmenter. Les organismes responsables nous ont dit que les augmentations vont être déterminées par l'examen des demandes qui ont été présentées par les divers groupes intéressés. On nous l'a répété à maintes et maintes reprises. Tout dépendra de l'examen. Notre proposition sera donc en concurrence avec celle des maladies cardiaques, du cancer, et toutes sortes d'autres propositions. C'est très bien ainsi, et nous n'avons

[*Text*]

in order, as I said before, to kind of create a critical mass of investigators who have a few bucks to get their feet on the ground so they can start to compete with these other highly funded diseases.

That is why we have asked, first through the centres of excellence competition, where we submitted a proposal specifically dealing with schizophrenia, for big, one-time funding to get the ball rolling. We came close, but we failed. That is why we continue to ask for consideration of a special allotment of funds for, say, severe mental illness. It does not mean that it would have to be for a long time, but just to get us up to snuff with the other groups so we can then be competitive in the peer review competitions.

I know that in this day and age financially that is not an easy thing to request. But the facts are there. We are not funded as other diseases are, and I think we have good reason to be. Other countries are funding this kind of disease at a great great rate—the United States for example. This is where the brain drain in this area is threatening us. We may lose some of our best young researchers to the States.

Mr. Wilbee: When you are talking about centres of excellence and the brain drain, in Canada whereabouts are we ranking in research? Do we have the people here at the present time? Is it worth while supporting them? Whereabouts are they, and what can we do as a government to improve those?

Dr. Jones: Despite the dismal funding, we have managed to do fairly well. For instance, cloning of a gene for the dopamine receptor in the brain, which is thought to be an integral part of this disease, was carried out in Toronto, in the lab of Dr. Philip Seeman who is a Canadian researcher of international repute. We have been contributors in the area of genetic research in schizophrenia in terms of finding a clue as to where a major gene for schizophrenia may lie. That occurred in a Vancouver family.

I believe we are very well respected in the area of imaging, that is, X-ray, if you want—images of the brain in living human beings as opposed to dead human beings—where we are able to look at the brain in action. We have fairly good equipment, and we have excellent people in McMaster, McGill, the University of Montreal and U.B.C. I think that, despite the paucity of funds, we have been doing a fairly good job, and internationally we have made major contributions.

[*Translation*]

rien contre cela, mais nous pensons vraiment avoir besoin d'un petit coup de pouce additonnel, comme je l'ai dit plus tôt, pour créer une masse critique de chercheurs qui auront un peu d'argent pour pouvoir commencer à faire concurrence à ces autres maladies très bien financées.

C'est pourquoi nous avons demandé, par le biais du concours des centres d'excellence, la première fois, où nous avons présenté une proposition portant précisément sur la schizophrénie, un financement important, non répétitif, pour amorcer le mouvement. Nous sommes venus prêts de l'obtenir, mais nous avons échoué. C'est pourquoi nous continuons de réclamer une affectation spéciale de fonds à l'égard d'une maladie mentale grave. Ce ne serait plus forcément pour longtemps, mais peut-être tout simplement pour nous amener à égalité avec les autres groupes, de manière à ce que nous puissions leur faire concurrence dans le cadre des examens que l'on connaît.

Je sais que dans les temps que nous traversons, ce n'est pas une demande facile à faire. Mais les faits sont là. Nous ne sommes pas aussi bien financés que d'autres maladies le sont, et je pense que nous avons de bonnes raisons de l'être. Il y a d'autres pays qui sont beaucoup plus généreux que le Canada à l'égard de cette maladie—les États-Unis, par exemple. C'est là que réside le danger de l'exode de nos cerveaux. Nous risquons de perdre certains de nos meilleurs jeunes chercheurs au profit des États-Unis.

M. Wilbee: Parlant des centres d'excellence et de l'exode des cerveaux, où se situe le Canada en ce qui a trait à la recherche? Y a-t-il des chercheurs au Canada à l'heure actuelle? Vaut-il la peine de les appuyer? Où sont-ils, et que pourrons-nous faire en tant que gouvernement pour leur faciliter les choses?

Dr Jones: Malgré le financement pitoyable, nous sommes quand même arrivés à assez bien tirer notre épingle du jeu. Par exemple, à Toronto, dans le laboratoire du docteur Philip Seeman, un chercheur canadien de réputation internationale, on a réussi le clonage d'un gêne du récepteur de dopamine dans le cerveau, que l'on soupçonne de faire partie intégrante de cette maladie. Dans le domaine de la recherche génétique sur la schizophrénie, nous avons contribué à trouver un indice de l'endroit où peut être situé un gêne important pour la schizophrénie. Il s'agit d'une famille de Vancouver.

Nous sommes très respectés dans le domaine des images, de la radiographie, si vous voulez—des images du cerveau de vivants plutôt que de morts—qui nous permettent d'examiner le cerveau en action. Nous sommes plutôt bien équipés, et nous avons des gens très compétents à l'Université McMaster, à McGill, à l'Université de Montréal et à l'Université de la Colombie-Britannique. Malgré la pauvreté du financement que nous avons reçu, je pense que nous avons fait un assez bon travail, et sur le plan international, notre contribution est importante.

[*Texte*]

The centres of excellence proposal, which was one of about 150 to 200 proposals, we are told finished somewhere in the area of the 20s, and therefore out of the funding but up near the top. I think that was a recognition that there in fact is good work being done in Canada. Despite our lack of funding, I think we are holding our own.

My only concern is that we will lose some of these, especially these younger people who are coming along. They will drift slowly to where life is easier, both in terms of the weather and also the funding they can get to do their research. I think we are at a critical time to keep them here and to move things along in research in this area.

Mr. Wilbee: If you were the Minister of Finance, what would you do to improve the situation? How would you spend available dollars that are present? We are talking about health care funding.

• 1035

Dr. Jones: In my very biased way I would seriously consider whether the money I am currently spending for a lot of Cadillac-type treatments backed up by shakey scientific evidence... Bearing in mind that this is a tough decision, I would take some of that money and put it toward mental illness. I would like to say mental "health", but I think we have to deal with the "ill" before we can get to the "health". I would put it toward the mentally ill in terms of some of their care issues and obviously in terms of their research issues. If Canada does this, I think they will send a message not only to themselves but also to the rest of the world that this is an important area that cannot be ignored.

I was fortunate enough to be part of a World Health Organization task force that was looking at the treatment of schizophrenia worldwide. The horror stories that exist in the rest of the world in terms of the treatment of the mentally ill boggle the mind. As in Canada, people are sometimes kept in jails because they have gotten into the jail system, but in many places in the world the mental hospitals are like jails. Many are similar to the hospitals of the 19th century.

In terms of support staff, for example, a country like Morocco—one of the more advanced African countries—has only two social workers in the entire country to take of the mentally ill. We have two social workers in our schizophrenia program alone. I suddenly felt rich where previously I had thought we were poor. There is one psychiatrist in the entire country of Mauritania. His call schedule must be dreadful.

So I think we are doing a relatively good job, although we could do better. I think we could shift some of the resources we have committed to other diseases in this direction if we feel it is appropriate. I certainly feel it is appropriate.

[*Traduction*]

La proposition que nous avons présentée dans le cadre des centres d'excellence, l'une des 150 à 200 propositions qui ont été présentées, s'est classée dans les 20 premières, nous a-t-on dit, et ne nous a pas permis d'obtenir de financement, malgré que nous ayons terminé près de la tête. Je pense que c'était une reconnaissance qu'il se fait du bon travail au Canada. Malgré notre manque de fonds, je pense que nous tirons vraiment bien notre épingle du jeu.

Ma seule crainte est que nous risquons de perdre des chercheurs, sur des jeunes chercheurs qui font leurs classes. Ils vont opter, petit à petit, pour la vie plus facile, tant pour ce qui est du climat que du financement qui leur permettent de faire leurs recherches. Je pense que nous sommes arrivés à un moment critique, si nous voulons les garder au Canada, et qu'il est temps de faire avancer la recherche dans ce domaine.

M. Wilbee: Si vous étiez le ministre des Finances, que feriez-vous pour améliorer la situation? Comment dépenseriez-vous les sommes qui sont disponibles à l'heure actuelle? Il s'agit ici du financement des soins de santé.

Dr Jones: Avec mon fort parti pris, je remettrais sérieusement en question les dépenses faites actuellement pour des traitements de luxe étayés par des preuves scientifiques peu solides... Sachant que c'est une décision difficile, je prendrais une partie de cet argent pour le consacrer aux maladies mentales. J'aimerais pouvoir dire «santé mentale», mais je crois qu'il faut d'abord s'occuper des «maladies» avant de pouvoir parler de «santé». Je consacrerais cet argent aux malades mentaux pour régler certains problèmes de soins et aussi bien sûr pour les questions de recherche. Si le Canada agissait de la sorte, je crois que le message serait clair non seulement pour nous mais aussi pour le reste du monde: Il s'agit d'une question importante que l'on ne peut ignorer.

J'ai eu la chance de participer à un groupe de travail de l'Organisation mondiale de la santé chargé d'étudier le traitement de la schizophrénie dans le monde entier. Les histoires horribles qui se passent dans le reste du monde pour ce qui est du traitement des malades mentaux sont ahurissantes. Comme au Canada, on garde parfois ces personnes dans les prisons parce qu'elles sont entrées dans le système carcéral, mais dans de nombreux endroits du monde les hôpitaux psychiatriques ressemblent à des prisons. Ils rappellent souvent les hôpitaux du XIXe siècle.

Pour ce qui est du personnel de soutien, par exemple, dans un pays comme le Maroc—l'un des pays africains les plus avancés—il n'y a que deux travailleurs sociaux dans l'ensemble du pays pour s'occuper des malades mentaux. Nous avons deux travailleurs sociaux pour notre programme consacré à la schizophrénie uniquement. J'ai tout à coup eu l'impression d'être riche alors qu'auparavant je pensais que nous étions très pauvres. Il y a un seul psychiatre pour l'ensemble de la Mauritanie. Son programme de visites doit être terrible.

Je pense donc que nous faisons un assez bon travail, même si l'on pourrait l'améliorer. Je crois que nous pourrions transférer certaines ressources qui ont été consacrées à d'autres maladies vers ce secteur si nous le jugeons bon. Je suis certainement d'avis qu'il faudrait le faire.

[*Text*]

The Chairman: In this whole area of funding I suppose there will always be areas where we can see a need for better allocation of resources. The Soviet Union, a country which built the largest military force in the history of mankind, is today coming cap in hand to the rest of the world to ask for basic food supplies. When you think of everything that could have been done by all the nations of the world, and what is going on in the Persian Gulf today—if those resources had been allocated for some of the things that come up before committees like this... I suppose that is the nature of mankind and I doubt we will change it here. It is unfortunate but that is the reality we face.

Mrs. Clancy: Perhaps we should give it a hell of a good try.

I have a couple of questions. First, I think the younger incoming researchers would probably put up with the weather if they had the money. Would you not agree?

I think we are all aware of the difficulties involved in allocating funds, but I want to pick up on Dr. Halliday's question with regard to specific funding for AIDS, vis-à-vis funding for research in the area you are talking about. I understand your comments—and we have heard a great deal about this kind of thing in this committee—about what you call cadillac treatments.

For example, one of the things we have heard a great deal about is cardiac bypass surgery, and it is a heck of a decision for anyone to have to make, particularly in the political sense. We have seen what happened in Ontario. I do not mean to put you on the spot, but surely this is something that we all have to be aware of. In terms of the situation that is developing with regard to AIDS and the possibility of developing a concept of the deserving sick—which would, I think, be fairly abhorent to most of us—the fact that mental health is not funded in the manner it should be, should not affect what we do with a disease that is rapidly escalating on a worldwide basis. Do you agree with that? Would you be willing to sit there and have money taken away and given to the other side?

This a really mean question but I have to ask it.

• 1040

Dr. Jones: I think if you look in our country and you try to find those people who are not getting their fair shake in terms of accessibility to health care... AIDS is a new disease. It has hit us very suddenly and I think we are all trying to figure out what to do about it. But this is not a new disease, it has been around for as long as people know.

Mrs. Clancy: No question.

Dr. Jones: So nobody has been hit suddenly with this thing. I personally believe that these people are being treated as second-class citizens. I have seen it over and over again. The toll this disease takes on families is unbelievable.

[*Translation*]

Le président: Pour toute cette question du financement, j'imagine qu'il y aura toujours des domaines où l'on verra la nécessité d'une meilleure répartition des ressources. L'Union soviétique, qui a constitué la plus grande force militaire de l'histoire de l'humanité, tend aujourd'hui son chapeau au reste du monde en demandant des denrées alimentaires de première nécessité. Lorsqu'on pense à tout ce que l'ensemble des nations du monde auraient pu faire et que l'on voit ce qui se passe dans le Golfe persique aujourd'hui—si ces ressources avaient été attribuées à certains des secteurs qui font l'objet d'étude de la part de comités comme le vôtre... J'imagine que c'est la nature de l'homme et je crains qu'on ne puisse la changer. Il est malheureux que nous soyons confrontés à cette réalité.

Mme Clancy: Peut-être pourrions-nous essayer vraiment.

J'ai quelques questions à vous poser. Tout d'abord, je pense que les jeunes chercheurs qui arrivent se feraient au climat s'ils avaient l'argent nécessaire. Le pensez-vous?

Je crois que nous connaissons tous les difficultés qu'il y a à affecter des fonds, mais je veux reprendre la question du docteur Halliday concernant le financement précis consacré précisément au SIDA, par rapport au financement de la recherche du secteur dont vous parlez. Je comprends vos remarques—et nous avons beaucoup entendu parler de ce genre de choses à ce comité—sur ces traitements de luxe.

Par exemple, l'une des choses dont on a beaucoup entendu parler c'est la chirurgie des pontages cardiaques, et c'est une décision très lourde à prendre, surtout au sens politique. Nous avons vu ce qui se produit en Ontario. Je ne veux pas vous mettre sur la sellette, mais c'est une chose dont nous devons de toute évidence tous être conscients. Pour ce qui est de la situation concernant le SIDA et la possibilité d'en arriver à une notion de malade méritant—ce qui semblerait à la plupart d'entre-nous assez horrible, je crois—le fait que la santé mentale n'est pas financée comme elle devrait l'être ne devrait pas affecter ce que nous faisons avec une maladie qui connaît une croissance rapide à l'échelle mondiale. Êtes-vous d'accord avec cela? Seriez-vous prêt à accepter que l'argent soit enlevé d'un côté pour être accordé à l'autre?

C'est une question un peu méchante en réalité, mais il me faut la poser.

Dr Jones: Je crois que si on regarde notre pays et que l'on essaye de voir qui n'obtient pas sa juste part pour ce qui est de l'accessibilité aux soins de santé... Le SIDA est une nouvelle maladie. Elle nous a frappés très brusquement et je crois que nous essayons tous de voir ce qu'il faut faire à ce sujet. Mais celle dont je parle, n'est pas une nouvelle maladie, elle existe depuis toujours.

Mme Clancy: Cela ne fait aucun doute.

Dr Jones: Personne n'a donc été frappé brusquement par cette chose. Je crois personnellement que ces personnes sont traitées comme des citoyens de seconde classe. Je l'ai vu à de très nombreuses reprises. Cette maladie sape les familles de façon incroyable.

[*Texte*]

Mrs. Clancy: I am not arguing with that. I guess what I am doing is trying to—

Dr. Jones: Can you take away from another group?

Mrs. Clancy: No, no. I am not saying can you take away from another group. I am not prepared to announce this in the Halifax newspaper tomorrow, but I would be prepared, I think, to look at it. If we had to cut somewhere, I certainly see the cardiac thing as one. I know there are other Cadillac treatments. I think your whole question of the "worried well" is another one as well.

But we are looking at a disease which I think within the last six weeks became the most significant killer of women in my age group in North America. We are looking at something that is becoming epidemic, and we are looking at something that has been mistreated, if you will, by the public and perhaps to a degree by the medical profession in a priority sense. Surely to God what we have to do is find the funds to care for both.

I guess what I am saying is, with something like AIDS, yes, that is where we look at Bruce's questions about prevention and education, etc. You are not in the same boat with schizophrenia, because prevention, as you say, is not going to work, at least not under the current knowledge we have with regard to the disease, any more than prevention would work for—I am thinking of any other genetic disease—what is the disease that Mrs. Mulroney is the—

An hon. member: Cystic fibrosis.

Mrs. Clancy: Cystic fibrosis. I am thinking of friends of mine with two children. The second child was born before the first child was diagnosed. No prevention in the world could have done anything in that case. So we are in the same ballpark. But I guess what I am saying is that we have to find the financial wherewithal to fund both and not to say we can only help schizophrenics by taking away from this one.

As I say, I am prepared, at least in this committee, to think that we have to take away in certain areas. There are certain areas that we may have to reduce in. It is going to be one major quagmire of a political decision.

Dr. Jones: I guess that is the point. The point I would make to you is that as the people who make the decisions in this area, as you said, politicians respond to people coming and making some noise about their problem. I would believe that in the issue of AIDS, the issue of heart disease and the issue of cancer, there is going to be plenty of people able to do that and do it in a very effective manner. You, in your political wisdom, will feel that is the way you should go, based on who is making the noise. This is a group that has a lot of difficulty making noise. Their noise goes all over the bloody place. It goes into emergency rooms. It goes into delusions, it goes into craziness. It does not usually get

[*Traduction*]

Mme Clancy: Je ne le conteste pas. Je crois que ce que j'essaye de faire, c'est. . .

Dr Jones: Pouvez-vous enlever quelque chose à un autre groupe?

Mme Clancy: Non, non. Je ne dis pas qu'il s'agit enlever l'argent à un autre groupe. Je ne suis pas prête à l'annoncer dans le journal de Halifax demain, mais je serais prête je crois à envisager la chose. S'il fallait procéder à des compressions quelque part, je viserais certainement le secteur de la cardiologie. Je sais qu'il y a d'autres traitements de luxe. J'imagine que toute votre question des «bien portants qui se font du souci» en est une autre aussi.

Mais nous songeons à une maladie qui a tué je crois au cours des six dernières semaines le plus grand nombre de femmes dans mon groupe d'âge en Amérique du Nord. Nous parlons d'une chose qui devient épidémique et nous parlons de quelque chose qui a été maltraité, si vous voulez, par le public et peut-être dans une certaine mesure par la profession médicale pour ce qui est des priorités. Il est clair que nous devons trouver le financement nécessaire dans les deux cas.

Ce que je veux dire, c'est qu'avec une maladie comme le SIDA, et c'est là que l'on peut envisager les questions de Bruce concernant la prévention et l'éducation, etc. Vous n'êtes pas dans le même bateau avec la schizophrénie parce que la prévention, comme vous le dites, ne va rien donner, du moins pas d'après les connaissances actuelles que nous avons concernant la maladie, pas plus que la prévention donnerait des résultats pour—je pense à une autre maladie génétique—celle dont M^me^ Mulroney elle a. . .

Une voix: La fibrose kystique.

Mme Clancy: La fibrose kystique. Je songe à certains de mes amis qui ont deux enfants. Le deuxième est né avant qu'on ne décèle la maladie chez le premier. Aucune prévention n'aurait pu faire quoi que ce soit en l'occurence. Nous sommes donc dans la même situation. Ce que je veux dire, c'est qu'il nous faut trouver les ressources financières pour financer les deux afin de ne pas dire que nous ne pouvons qu'aider les schizophrènes en enlevant de l'autre côté.

Comme je l'ai déjà dit, je suis prête à accepter, du moins au sein de ce comité, qu'il nous faille retirer des ressources à certains domaines. Il y a des domaines où nous pourrions devoir procéder à des réductions. Ce sera une décision politique très embêtante.

Dr Jones: Je crois que là est la question. Je vous dirais qu'étant donné que ce sont eux qui prennent les décisions dans ce domaine, comme vous l'avez dit, les responsables politiques réagissent lorsque des personnes viennent les trouver pour faire connaître leur problème. J'imagine que dans le cas du SIDA, dans le cas des maladies cardiaques et dans le cas du cancer, il va y avoir beaucoup de gens qui pourront le faire et de façon très efficace. Dans votre sagesse politique, vous allez décider que c'est la voie à suivre en vous fondant sur le bruit que le groupe aura fait. Mais il s'agit d'un groupe qui a du mal à se faire connaître, à faire du bruit. Il se manifeste un peu partout. Dans les salles

[*Text*]

directed toward politicians, and if it does it is usually in the form of assassination attempts, not in the form of advocacy, and that does not get anybody—

Some hon. members: Oh, oh!

Dr. Jones: Well, it is true.

An hon. member: A damned good reason for adequate funding.

Dr. Jones: It is true. I guess what I would ask you is not so much do not give money to AIDS, but use your political wisdom to feel where the need is, recognizing that this is one disease where the need may not be coming at you at the same noise level.

Mrs. Clancy: With eloquent advocates such as yourself, and we had the Canadian Mental Health people here last week, I think there is no question that the voiceless are getting a voice. I think that is long overdue. Indeed, it is a very eloquent voice.

I want to make two more comments and then I will shut up.

When I made that comment about sending them to the Maritimes, I was half in jest, wholly in earnest. I think there is no question that the points you made about extended family still hold true in many of the rural areas in the Atlantic provinces. They may well in other areas of Canada. It is just that the Atlantic is my region and I know it best. I am thinking in particular about Cape Breton Island, which is my original home, although I represent Halifax. There are many large extended families, many Highland Scot and Acadian French. I am thinking in particular that frequently it would be "That is the so-and-so family" and there would be a list, and then and "the weird one". That was just taken as a fact of life; it was not necessarily a stigma. It was just that everybody had one. I do not know in the treatment sense, but there was a better acceptance in that kind of society, whereas as we become more urban and more pristine, if you will, the desire to lock people away has become more the thing.

• 1045

I am forever taking shots at my friend Dr. Halliday. When he talked about the rewarding of the medical profession and made the analogy to the teaching profession, I am not quite sure that it is wise to reward excellence in a profession by kicking the person out of practice and into administration.

Mr. Halliday: I agree with you.

Mrs. Clancy: Oh, good. But I know lots of people who started out in the practice of medicine when I started in the practice of law saying that if they could be put on salary it would be a heck of a lot easier than trying to get referrals as specialists. So I am not certain I am prepared to advocate that, bit it might be a way to go.

[*Translation*]

d'urgence. Dans les fantasmes, dans la folie. Il ne s'adresse généralement pas aux responsables politiques, et s'il le fait c'est normalement sous forme de tentative d'assassinat, et non sous forme d'action sociale, ce qui n'amène personne...

Des voix: Oh, oh!

Dr Jones: Ma foi, c'est vrai.

Une voix: C'est une très bonne raison pour accorder un financement suffisant.

Dr Jones: C'est vrai. J'imagine que ce que je vais vous demander, ce n'est pas tant de donner de l'argent pour le SIDA, mais d'utiliser votre sagesse politique pour voir où est le besoin, sachant qu'on ne viendra pas manifester pour cette maladie avec autant de force.

Mme Clancy: Avec des défenseurs qui ont votre éloquence, et nous avons reçu la semaine dernière des délégués de l'Association canadienne pour la santé mentale, il ne fait aucun doute que ceux qui sont sans voix sont entendus. Il était temps que cela se produise. On ne peut nier que vous êtes un porte-parole très éloquent.

J'aimerais faire deux autres remarques avant de me taire.

Lorsque j'ai dit qu'il fallait les envoyer dans les Maritimes, c'était à la fois pour rire, mais aussi avec le plus grand sérieux. Je crois que l'on ne peut douter que ce que vous avez dit sur les familles élargies reste vrai dans la plupart des régions rurales des provinces de l'Atlantique. C'est peut-être aussi le cas dans d'autres régions du Canada. Mais c'est simplement que l'Atlantique est ma région et que je la connais mieux que les autres. Je pense en particulier à l'Île du Cap-Breton d'où je suis originaire, bien que je représente Halifax. Il y a beaucoup de familles élargies et nombreuses, constituées pour la plupart d'Écossais des Highlands et d'Acadiens d'origine française. On disait souvent «la famille Un tel», et une liste suivait à laquelle on ajoutait: et «celui ou celle qui agit bizarrement». On prenait la situation comme une simple réalité; ce n'était pas nécessairement une stigmatisation. Il y en avait toujours un quelque part. Je ne sais pas ce qu'il en était du traitement, mais on acceptait mieux la chose dans ce type de société, alors qu'en devant plus urbanisé, plus moderne, si vous voulez, on a davantage souhaité enfermer ces gens.

Je m'en prends sans arrêt à mon ami le docteur Halliday. Lorsqu'il parlait de récompenser la profession médicale et faisait l'analogie avec les enseignants, je ne suis pas tout à fait sûre qu'il soit judicieux de récompenser l'excellence dans une profession en demandant à l'intéressé de cesser d'exercer son métier pour faire de l'administration.

M. Halliday: Je suis d'accord avec vous.

Mme Clancy: Ah très bien. Mais je sais que beaucoup de personnes qui ont commencé à exercer la médecine au moment où je me lançais dans la carrière juridique disaient qu'il serait beaucoup plus facile pour elles d'être salariées que d'essayer d'obtenir qu'on leur envoie des patients à titre de spécialiste. Je ne suis donc pas sûre de vouloir me prononcer en faveur de cela; mais ce pourrait être une solution.

[*Texte*]

I would like again to thank you very much, Dr. Jones, for a fascinating presentation.

The Chairman: As there are no further questions, on behalf of the committee, Dr. Jones, I extend to you our sincere thanks for appearing before us this morning. Your testimony this morning was evidence we had not heard before. It is something we will certainly take into consideration when the committee is developing its report.

Mr. Halliday: Just one simple question to Dr. Jones. Do you think the Canadian Psychiatric Association would endorse most of what you have told us today?

Dr. Jones: No.

Mr. Wilbee: Why not?

Dr. Jones: It is the issue of, are there enough psychiatrists. There are more psychiatrists who are in private practice than there are psychiatrists like myself treating these kinds of patients. We are in a minority; therefore if they had a vote, then people like myself would lose.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Jones. We appreciate your appearing before us.

The meeting is adjourned.

[*Traduction*]

Je tiens encore une fois à vous remercier infiniment, docteur Jones, de votre exposé fascinant.

Le président: Étant donné qu'il n'y a pas d'autres questions, au nom du comité, docteur Jones, je vous remercie d'êter venu devant le comité ce matin. Votre témoignage était tout à fait nouveau pour nous. Nous en tiendrons certainement compte lorsque le comité mettra au point son rapport.

M. Halliday: Une simple question au docteur Jones. Pensez-vous que l'Association des psychiatres du Canada appuieraient ce que vous nous avez dit aujourd'hui?

Dr Jones: Non.

M. Wilbee: Pourquoi pas?

Dr Jones: Il s'agit de savoir s'il y a suffisamment de psychiatres. Il y en a plus qui ont un cabinet privé. Il y en a moins comme moi qui s'occupent de ce type de patients. Nous sommes minoritaires; en conséquence s'il y avait un vote, les gens comme moi perdraient.

Le président: Merci beaucoup, docteur Jones. Nous vous sommes reconnaissants d'être venu aujourd'hui.

La séance est levée.

Canada Post Postes Canada
Postage paid Port payé

FIRST CLASS
PREMIÈRE CLASSE
K1A 0S9
OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnements et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS

As individual:

Dr. Barry Jones, Director of Research and Director of Schizophrenia Program, Royal Ottawa Hospital.

TÉMOIN

À titre personnel:

le Dr Barry Jones, directeur de la recherche et du programme de schizophrénie, Hôpital Royal d'Ottawa.

Available from the Canadian Government Publishing Center,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

AMATEUR SPORT: FUTURE CHALLENGES



SECOND REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

BOB PORTER, M.P.
CHAIRMAN

JOHN COLE, M.P.
CHAIRMAN
SUB-COMMITTEE ON FITNESS AND AMATEUR SPORT

JAN

DECEMBER 1990

The Joy of Effort (1912)
R. Tait McKenzie (1867–1938)
Canadian physician, physical educator and sculptor

AMATEUR SPORT: FUTURE CHALLENGES

SECOND REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

BOB PORTER, M.P.
CHAIRMAN

JOHN COLE, M.P.
CHAIRMAN
SUB-COMMITTEE ON FITNESS AND AMATEUR SPORT

DECEMBER 1990

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada
Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 47

Tuesday, December 4, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 47

Le mardi 4 décembre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport

INCLUDING:

Second Report to the House

Amateur Sport: Future Challenges

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité sur la Condition physique et le Sport amateur

Y COMPRIS:

Deuxième rapport à la Chambre

Le sport amateur: Des défis à relever

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990

35376—1

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

SUB-COMMITTEE ON FITNESS AND AMATEUR SPORT

Chairman: John Cole

Members

Chris Axworthy
David Dingwall
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Acting Members

John Brewin
Al Horning
Bob Kilger
Wilton Littlechild

Researchers

Luc Fortin
Odette Madore
Research Branch of the
Library of Parliament

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE SPORT AMATEUR

Président: John Cole

Membres

Chris Axworthy
David Dingwall
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Membres suppléants

John Brewin
Al Horning
Bob Kilger
Wilton Littlechild

Attachés de recherche

Luc Fortin
Odette Madore
Service de recherche de la
Bibliothèque du Parlement

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from the Canadian Government Publishing Center, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

TABLE OF CONTENTS

Page

ACKNOWLEDGEMENTS iii

PREAMBLE vii

INTRODUCTION ix

CHAPTER ONE

THE STRUCTURE OF CANADA'S SPORTS SYSTEM 1

CHAPTER TWO

THE ATHLETE 5

A. Central Role of Athlete 5
B. Pursuit of Medals Vs. the Achievement of Excellence 6
C. Public Image 8
D. The Role of the Media 9
E. Target Groups 10
F. Role of Multi-Sport Centres 12
G. Rights and Status 12

CHAPTER THREE

MANAGEMENT OF THE SPORTS SYSTEM 15

A. The Role of the NSOs 15
B. Shared Leadership 16
C. Role of an Independant Body 17
D. Anti-doping Policy 18
E. A Canadian Anti-Doping Agency 19
F. Coaching 20
G. Volunteers 20

CHAPTER FOUR

ROLE OF GOVERNMENT 23

A. Rationale for Government Intervention in Sport 23
B. Funding of Amateur Sport 25
C. International Sport Leadership 30
D. Sport Canada 32
E. Role of the Educational System 33
F. Federal-Provincial Relations 34
G. Standing Committee 36
H. The Act 37

Page

LIST OF RECOMMENDATIONS 39

APPENDICES

Appendix A : Resolution 43

Appendix B : Extract from the Minutes of Proceedings of the Sub-Committee 47

Appendix C : List of Witnesses 49

Appendix D : List of Submissions 53

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE 55

MINUTES OF PROCEEDINGS 57

ACKNOWLEDGEMENTS

The first Parliamentary Committee on Fitness and Amateur Sport wishes to acknowledge the input — written, formal, and informal — presentations from all areas of the sporting community. This report is the result of well documented proposals and submissions representing over 5 million Canadians actively involved in Amateur Sport.

A special thanks to the staff of the Committee; the Clerk, Clairette Bourque and the researchers Luc Fortin and Odette Madore. They have been most helpful in analyzing the submissions and working to an extremely tight schedule — particularly during our hearings in July.

A final word of thanks to all members of the Committee who have worked constructively together in the best interest of Amateur Sport in Canada. It has been an honour and pleasure to serve as your chairman.

REPORT TO THE HOUSE

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has the honour to present its

SECOND REPORT

Pursuant to Standing Order 108(1), a Sub-Committee of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has been established to examine some aspect of Fitness and Amateur Sport in Canada and to report its conclusions and recommendations to the Committee.

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), the Sub-Committee has examined the Report *Toward 2000: Building Canada's Sport System*, prepared by the Task Force on National Sport Policy, and the Report of the Commission of Inquiry into the Use of Drugs and Banned Practices Intended to Increase Athletic Performance (Dubin Commission).

The Sub-Committee agreed to present the following to the Committee. Your Committee has adopted this report which reads as follows:

SUB-COMMITTEE'S REPORT

PREAMBLE

The Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport was created in June 1989 by the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and Status of Women. At its first meeting, held in November 1989, the Sub-Committee decided to study the Report of the Task Force on National Sport Policy, published in August 1988 and entitled *Toward 2000: Building Canada's Sport System*.

During this meeting, the Sub-Committee also stated its intention to study the recommendations of the Dubin Commission, responsible for the inquiry into drug use by athletes. In this regard, the former Minister for Fitness and Amateur Sport, the Hononourable Jean Charest, indicated to the members of the Sub-Committee that the Dubin Report would be referred to them.

The Sub-Committee's public hearings began in December 1989 and, until May 1990, dealt mainly with a study of the Task Force Report. Some fifteen witnesses were heard and almost twenty-five briefs were received; the Minister of State for Fitness and Amateur Sport, athletes, national sports organizations (NSOs), and various multi-sport service and franchise-holding agencies appeared before the Sub-Committee.

The report of the Commission of Inquiry into the Use of Drugs and Banned Practices Intended to Increase Athletic Performance, chaired by the Honourable Charles L. Dubin, was officially tabled in the House of Commons on 27 June 1990. During the hearings held in July on this Report, the Sub-Committee addressed issues mainly related to penalties for the violation of the government's anti-doping policies. At the request of the Minister of State for Fitness and Amateur Sport, the Honourable Marcel Danis, the Sub-Committee transmitted its views to the Minister by way of a resolution, copy of which is provided in Appendix A.

Hearings were continued in the fall on matters related to penalties for coaches. A motion requesting the establishment of an independent arbitration in the case of Mr. Andrzej Kulesza was adopted unanimously. Appendix B presents a copy of this motion.

INTRODUCTION

Since the adoption of the *Fitness and Amateur Sport Act* in 1961, the structures of the Canadian sports system have reached a level of sophistication and require some adjustment to the modern environment. In response to demands from the sports community, the federal government has, during the last 30 years, adopted various policies reflecting both the concerns of groups and individuals involved in sport and government priorities. The Task Force Report, published in 1988, and more recently, the Dubin Report indicated that some policy changes will be necessary to increase the efficiency and the efficacy of programs affecting various sports disciplines.

Considering that many people are directly concerned with the formulation of sports policy, the members of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport concentrated on reactions to the recommendations of the Task Force, and the Dubin Report, and particularly on comments on the present sports system. The Sub-Committee Report reflects the essential contribution of the athletes, NSOs, multi-sport and service agencies, coaches, volunteers and other groups or individuals, concerned about the future of amateur sport. The first section describes the structure of Canada's sports system and focuses on various issues that have an impact on the development and the central role of the athlete in the present system. The second section examines some key components of management and decisions affecting the sports sector. Following comments to the Sub-Committee by organizations and agencies, the third section examines the role of government in sport at the national and international levels, particularly its involvement in public funding, and other strategic areas.

CHAPTER ONE

THE STRUCTURE OF CANADA'S SPORTS SYSTEM

Canada's sports system is characterized by its complexity and the remarkable diversity of opinions held by those involved. This diversity results mainly from differences in the philosophies of the numerous participants in the sports community. For some, sport leads to excellence through the encouragement of a sports élite. Others consider sport as a means of improving health and fitness and favour mass participation in sports and recreational activities by the population as a whole. Still others look for personal prestige and pride and for national unity, through sports success. Finally, some see sport as a source of personal profit.

Federal, provincial and territorial governments have a responsibility to sport through various overlapping sports organizations. Six major groups participate in the sports system: the federal government, national sports organizations (NSOs), national multi-sport service and franchise-holding agencies, provincial governments, provincial sports associations, and provincial multi-sport service agencies.

The National Sport Organization (NSO) is the pivotal agency in each category of sport. In Canada, there are currently 65 NSOs, which are incorporated non-profit national agencies recognized by the federal government. This means that they are eligible for federal financing through Fitness and Amateur Sport. An NSO is generally made up of provincial sport organizations (PSOs) and various regional and local clubs and organizations, which are affiliated to the national body through the provincial body. Their mandate is tripartite: at the national level, it is derived from its members; another mandate is given by the relevant International Sport Federation; finally, they must promote, encourage and develop their sport in Canada. The NSOs have a national office based at the Canadian Sport and Fitness Administration Centre.

The key responsibilities of the NSOs are: to develop national policies and programs for the provinces and the provincial sport bodies; to run national and international sports events; to select, develop and manage the national team (both at an individual and at a team level); to be the single agency representing Canada at the International Federation; and to establish standards or certification criteria for officials.

A second group of organizations has substantial input into the sports system: the multi-sport franchise-holding agencies. These account for eight different organizations and can be divided into three different categories: the games organizations, the post-secondary school sport organizations, and umbrella agencies. The games associations include the Canadian Olympic Association (COA), the Commonwealth Games Association of Canada (CGAC) and the Canadian Intercollegiate Athletic Union (CIAU) and the Canada Games Council (CGC). The first three organizations are responsible for naming the Canadian team to the Olympic and Pan-American Games, the Commonwealth Games, and the World Students' Games (the FISU Games) respectively. The Canada Games Council runs the National Multi-Sport Games in Canada, which are held once every two years. The post-secondary school sports organizations, the Canadian Inter-University Athletic Union (CIAU) and the Canadian Colleges Athletic Association (CCAA), hold national championships in a few university or college sports. Finally, the Sports Federation of Canada (SFC) and the Canadian Federation of Sport Organizations for the Disabled (CFSOD) are umbrella groups. The SFC represents the concerns of all the NSOs and the CFSOD conducts sports development on behalf of the disabled (e.g., deaf sports, wheelchair sports, sports for the blind, disabled skiing) including participation in international games.

The Multi-Sport Service Agencies provide support and assistance to the NSOs in specialized areas such as administration, technical development, coaching, promotion and fund-raising. The Canadian Sport and Fitness Administration Centre, which houses the NSOs and umbrella agencies, delivers a wide range of services to NSOs, including accounting and computer services, translation, and secretariat support. The Sport Marketing Council assists the marketing efforts of the NSOs by educating and training staff, undertaking feasibility studies and developing public and media relations. The Coaching Association of Canada provides a five-level coaching certification program to help in the development of coaches in Canada. The Athlete Information Bureau and the Sport Information Resource Centre provide information-related services to the sports community and the media. Finally, the Sport Medicine Council of Canada provides athletes, coaches and sports organizations with high quality medical, paramedical and scientific services at major sporting events in Canada and abroad.

There is a similar sport structure in the provinces. The provincial sport-governing bodies (PSOs) are members of appropriate NSOs. Their roles are similar to those of NSOs, but relate to the provincial level. There are also multi-sport service agencies in the provinces. In each province and territory, there is a ministry responsible for fitness or sport

or recreation. These ministries provide funds and support to the sports system within the particular province or territory. There is liaison between the federal and provincial or territorial governments at the ministerial level.

For each National Sport Organization, there is an International Sport Federation responsible for conducting world championships, both awarding the bids and being responsible for technical procedures. For each single sport family there is, at the international level, a regional sport federation. In order to attend national championships or to compete in an international meet, an individual or a team must be a member of an NSO.

The relationship between the sports organizations and the government is primarily financial. Sport Canada is the primary government agency for the sports system. Fitness Canada provides some support services to the sports system but in a relatively minor way. In recent years, Sport Canada has provided administrative and technical leadership to NSOs. It is also involved in the coordination, the promotion and the development of domestic sport and high performance programs. In addition, the government agency supports research, special studies, evaluations and the development of a database. Major initiatives funded by Sport Canada include: subsidies to NSOs, assistance for high performance athletes, support to the Best Ever program, which facilitates high performance sport in Olympic winter and summer sports, technical assistance for high performance training centres, sport science and medicine and applied sport research.

CHAPTER TWO

THE ATHLETE

A. Central Role of Athlete

The athletes have a relationship with most of the organizations and agencies of the sports community. As a young athlete advances through the system, he or she is first likely to learn basic skills in a school or a local recreational centre. If the athlete wishes to compete, he or she will become a member of a team and be involved in advanced skills and competitions. This will be generally done through the school system or the local clubs. An athlete beginning to take part in competitions within the province but outside the local community may decide to become a member of the provincial sport body and thus have access to services provided by the PSO and the provincial government. After competing within the province, the athlete may participate in a provincial championship. In general, when an athlete becomes member of a PSO, he or she also becomes a member of the respective national sport body. The athiete is thus eligible to participate in national championships and may be selected to go to the Canada Games as a representative of the province, as a member of the provincial team. Having made the national championship, the athlete may go on to compete at the international level.

The athletes are the true beneficiaries of the sports associations' network and Sport Canada's program. Accordingly, the Task Force Report suggests that national goals for sport must be developed at all levels — local, provincial, national — and be based on the athlete and the athlete's needs. The majority of witnesses endorsed this recommendation. As stated by the Canadian Ski Association, "... perhaps the most important point in the [Task Force] Report is the explicit recognition that the sports system should be based around the athlete and what is required to develop his or her full potential. This may be seem obvious and simplistic, but it needs to be remembered when the current collection of sports organizations is considered."[1] The Coaching Association of Canada also argued in favour of an athlete-centred system; its brief suggested that it is important "... to

[1] Canadian Ski Association, Brief, p. 2.

develop a system which results exclusively from providing the means to meet the needs of athletes of both sexes and of various levels of accomplishment and levels of motivation.''[2]

Witnesses explained that this objective needs to be emphasized since resources are limited and should be allocated so as to maximize the benefit to the elements in the system most closely connected with the athlete. However, some witnesses expressed concerns about this objective. For instance, the Canadian College Athletic Association stated that making athletes the focus of the sports system would require radical changes. The Coaching Association of Canada considered that some NSOs might not be capable of providing all the services necessary to the comprehensive development of athletes at various levels. The Association also pointed out that the development and employment of coaches, who are perceived as the second most important individuals within any sport structure, may be neglected if the sports community concentrates on athlete-centred sport.

The Sub-Committee considers that the athlete must be at the centre of the sports system. The plethora of organizations, programs and funds must relate to the athlete in such a way that the whole system is organized to provide programs and services, advance the cause, the advocacy, the profile, the endowment of the athlete. The members of the Sub-Committee do not believe that this would alter the sports system radically but would rather make it more comprehensible and more effective. The Sub-Committee therefore recommends:

1. **That, in all assessments, evaluations and programs, the athlete must be the essential element and the raison d'être of all related activities.**

B. Pursuit of Medals Vs. the Achievement of Excellence

From the very beginning of their athletic development, athletes feel pressure to win. The magnitude and the intensity of this pressure generally increase over time, when the athlete performs better and reaches higher levels of competition (from local, to provincial, national, and international). However, such pressure is often inevitable; athletes want to win and improve their performance. All of them, or at least most of them, want to be rewarded for their achievements; all of them wish to become winning athletes on the world scene.

---

[2] Coaching Association of Canada, Letter, p. 2.

It appeared, during the hearings, that there was no consensus among the sports community about the definition of success. Testimonies from the athletes, the sport-governing bodies and the multi-sport organizations revealed two different concepts of success: the first definition relates to individual achievement, while the second relates to winning medals at the international level (being the best in the world). This raises the issue of whether we want Canadian athletes to compete successfully or just to participate internationally. This issue is particularly significant in designing sports policy.

On one hand, some witnesses who appeared before the Sub-Committee claimed that the objective of winning medals is better than that of achieving excellence. According to these witnesses, this is the best way to motivate athletes, since success leads to more participation and attracts sponsors. On the other hand, others said that the recognition of success at the national level should be strengthened. They argued that when the chief motivation is tied to successful performance, the athlete is encouraged to resort to whatever methods improve performance. They also maintained that emphasizing a larger number of medals goes against the idea of promoting sport for all Canadians.

According to some NSOs, Canada currently appears to place much of the emphasis on achieving success at the international level. They said that this can be mainly explained by the fact that Sport Canada has over the years changed its definition of success. From this perspective, the Task Force Report is criticized because it outlines a set of performance levels (related to the winning of medals) that high-level athletes should attain in international competitions. The Dubin Report also expresses some concerns about the objectives set up by the Task Force and the policy of the federal government:

> Government funding should not enshrine victory as the sole worthy objective of participation in sport. Although there are many commendable objectives in the *Toward 2000 report,* their importance is minimized when the measure of success of government investment in sport is the number of medals won in international competition. (...) The pursuit of excellence is worthwhile and should be encouraged. But all Canadians, not just our high-performance athletes, should have the opportunity to pursue personal excellence through sport while broadening their experience and abilities with a view to their future contribution to society. Success in national and international competition should be viewed as a consequence and not as a goal of mass participation in sport.[3]

The Sub-Committee recognizes that the dichotomy in the philosophy of sport — between winning and excelling — results mainly from the variety of goals, interests and needs which are distinctive for each sport organization. The Sub-Committee considers that both approaches are worthwhile and could be adapted to the organization's own objectives. Therefore, the Sub-Committee recommends:

---

[3] Dubin Report, p. 526.

2. **That the pursuit of excellence be encouraged at all levels of competition. However, the relevance of the pursuit of medals, although critically important to élite athletes as a measurement of their international performance level, should be assessed by each NSO.**

The Sub-Committee is concerned by the opinion of some witnesses that the focus on medals encourages athletes to use drugs and other questionable methods to improve performance. The vast majority of athletes have never used performance-enhancing drugs in their pursuit of medals. Consequently, the Sub-Committee believes that the use of drugs by a few should not adversely affect on the amateur sport community as a whole.

C. Public Image

All athletes recognize the various advantages of public visibility. First, establishing a personal reputation within a specific sport leads to financial rewards and it helps improve an athlete's marketing. As well, it can certainly generate some corporate interest which can be beneficial to the athlete. Public visibility can also generate more general enthusiasm for sport and thus foster participation and help to resolve problems at the local or club level.

The majority of witnesses acknowledged the benefits of athletes' visibility. However, there seem to be recognition for and greater exposure of athletes only when they have done something quite outstanding at the international level. During its testimony, the Sports Federation of Canada underlined that athletes must develop good public relations. The Federation pointed out that this should not only be the athletes' responsibility, but also that of the respective NSOs.[4]

It is the view of the Sub-Committee that, up to now, the system has not taken advantage of the high regard in which lead athletes are held by the general population. The Sub-Committee believes that we must encourage élite and outstanding athletes to be more actively involved in public speaking engagements at local annual meetings, banquets, etc. It also considers that the NSOs have an important role to play among the Canadian media and the public in the promotion of sport. To increase the athlete's profile in Canadian society, the Sub-Committee recommends:

3. **That the NSO work with the athlete and the media to promote both the individual athlete and the sport.**

4. **That athletes be more visible by, for instance, giving lectures and participating in conferences.**

[4] *Minutes of Proceedings and Evidence* of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport, Issue No. 1, p. 1:39.

D. The Role of the Media

The media can play an important role in the promotion of the athlete's image as well as that of amateur sport. It seems that the media do not cover amateur sport adequately. According to the Canadian Sport and Fitness Administration Centre, this limited media support is the result of the sports community's inadequate attempts to establish relations with the press. In its brief, the Centre affirmed that "While the national sport community has constantly lamented the lack of satisfactory media support, it has also constantly failed to invest its limited resources in this field."[5] It appears that the sports community must make greater efforts in public relations and communications in order to have sport and athletes adequately recognized.

According to the Canadian Colleges Athletic Association, the media are a significant problem in promoting the concept of sports excellence. For example, they follow the progress of Canadian amateur athletes only during Olympic competitions.[6]

The Canadian Figure Skating Association was of the view that the media were not very interested in amateur sports and suggested "a public relations program aimed at interesting media in reporting amateur sport in a positive and encouraging fashion."[7]

Some witnesses believed that the Sport Marketing Council could help in promoting and marketing Canadian sport among the media. Others stated that there should be a concerted effort to provide information and press releases to media in small towns rather than attempting to compete with the pros in the major centres. They affirmed that this would greatly improve the diffusion of amateur sport information to the Canadian general public.

The Dubin Report points out that it is increasingly difficult for athletes to hold on to a personal sense of satisfaction at doing their best when international standards are generally accepted as the only measures of success.[8] According to the Dubin Report, the media are fostering the public's attitude that only victory and new records are worthwhile, rather than individual accomplishments. The Dubin Commission mentioned the

---

[5] Canadian Sport and Fitness Administration Centre, Brief, pp. 9–10.

[6] Canadian Colleges Athletic Association, Brief, p. 8.

[7] Canadian Figure Skating Association, Brief, p. 4.

[8] Dubin Report, p. 484.

negative reaction by the media to outstanding performances by Canadian athletes that did not result in gold medals:

> Only the winner is accorded praise and financial reward without recognition of the outstanding achievements of those who also compete but do not come first. The role of the media in fostering and encouraging this narrow, superficial view of success cannot be ignored.[9]

As the Dubin Report notes, the media may send the wrong message to the public:

> The Commission got a taste of this when the press gave ample coverage to athletes who admitted steroid use but little or no coverage to athletes who had competed without drugs.[10]

The Sub-Committee strongly believes that recent events have unfairly tainted the image of the amateur athlete and that public misconceptions must be corrected. Moreover, it considers that amateur sport's many attributes, accomplishments and appeal for the general public must be enhanced by all participants in the system — athletes, coaches, sports organizations, international federations, etc. There will thus be more direct and indirect support for all areas of the amateur sport system.

To improve the promotion and marketing of Canadian amateur sport among the media, the Sub-Committee recommends:

> 5. **That the role of the media be recognized and developed through the Sport Marketing Council and through specific sport activities.**

E. Target Groups

During the hearings, many witnesses underlined the under-representation of certain groups in amateur sport. Particular concerns were expressed about low participation by the disabled, women, and Native people.

In order to increase the participation of disabled athletes, the Task Force recommends the development of national strategies and the implementation of plans adapted to the needs of disabled participants. As well, the Dubin Report considers that the support for the disabled is still one of the principles that should inspire government sports policy. During an informal meeting with the Sub-Committee members, Rick Hansen remarked that athletes with disabilities have their own sports; however, they are basically

---

[9] Ibid., p. 518.

[10] Ibid., p. 484.

precluded from participating in most competitions. To improve the participation of disabled athletes, he proposed the establishment of a secretariat which would be a coordinating and lobbying body. This secretariat would have a mandate to promote the integration of disabled athletes into world class multi-sport competitions.

The Sub-Committee welcomes such proposals. Furthermore, it believes that there should be events open to any and all competitors willing to compete on an equal basis. This would stimulate the development and competitiveness of highly skilled athletes without "casting a cloud" over their individual performance and success and would develop an increased public appreciation of their sports. These events could be part of multi-sport events, such as the Canada Games, Pan Am Games, etc.

The Sub-Committee therefore recommends:

6. That a secretariat be established through Sport Canada to encourage and develop events giving support to disabled athletes to compete on an equal basis.

Concerning gender parity, the Task Force suggests Canada should "increase the number of women in organized competitive sport through the development of sport specific strategies ...."[11] The Dubin Report also affirms the need to re-examine the role and mandate of government in sport in order to attain other goals such as broader participation and better access to sports programs by women, disadvantaged groups and the disabled. The Report concludes that, despite federal efforts to close the gap between male and female participation in sport, much remains to be done. It also suggests that the government agencies' sport policies should encourage equal access for men and women to sports programs and facilities. The Sub-Committee fully supports the views expressed by the Dubin Commission and the Task Force and therefore recommends:

7. That gender parity be encouraged through a secretariat established within Sport Canada.

Some witnesses criticized the Task Force Report and the Dubin Report because they have no specific reference to Native participation in the field of sport. These witnesses noted that the present legislation on fitness and amateur sport does not give any consideration to Native people. In his brief, Alwyn Morris explained that, because of a lack of recreational infrastructure in Native communities, young Native people cannot develop the competitive spirit, skills and level of fitness required to fully participate in the Canadian sports system. He suggested that the federal government allocate special funds for training

---

[11] Task Force Report, p. 39.

Native athletes until such time as they constitute a fair proportion of the total Canadian participation. It is the view of the Sub-Committee that Native people deserve more attention in the field of amateur sport. Therefore, it recommends:

8. **That a secretariat be established to encourage the increased active participation of Aboriginals in national and international sports competitions.**

F. Role of Multi-Sport Centres

Canadian athletes may use a wide range of training facilities, such as local sports clubs and high-performance centres. Prior to major sport events, athletes can also train in lengthy national team-training camps in Canada or abroad. However, there seems to be an increasing sophistication in the facilities and equipment needed at the highest levels of training and competition. Some witnesses stated that the quality of performance at the international level is directly related to the preparation programs for athletes. They underlined the need to provide high-quality sport facilities to Canadian athletes. For this reason, they endorsed the Task Force's suggestion for consideration of the concept of multi-sport high-performance centres to be located in major urban centres and employing professional administrators, coaches, sport scientitists, and sport medicine practitioners.

Multidisciplinary centres offer high quality of coaching, support services (scientific and medical) and facilities which make for optimal athletic preparation. According to some athletes who appeared before the Sub-Committee, multi-sport centres for a certain number of sports, where athletes could get together for intensive training a few weeks before the games, could be beneficial. They noted that it was important to remember that such centres would have an optimum size, after which the returns would start to diminish. It is thus essential to get the right-sized centre and the right coordination.

The Sub-Committee believes that the concept of multi-sport high-performance centres is interesting and deserves further consideration. The members of the Sub-Committee therefore recommend:

9. **That an in-depth study be conducted into the question of multidisciplinary centres and their costs and benefits.**

G. Rights and Status

Athletes and other members of a national sport organization face a broad range of rules for the conduct of amateur sport. These rules are related to various aspects of sport,

including selection, carding, discipline, negotiation of athletes' contracts, anti-doping measures, etc. The whole sports community agrees that athletes subject to the rules governing sport must also have their own rights recognized and respected.

From this perspective, the Task Force states that actions and decisions affecting athletes should be conducted in accordance with accepted standards of due process and natural justice. The Dubin Report further recommends the establishment of a grievance process for all sport-governing bodies because there are a number of areas for potential disagreement between athletes and sport organizations. The Dubin Commission believes that such a procedure, adjusted to the specific rules of the association and federation, would allow each athlete to receive a fair hearing from the NSO itself. There should also be a mechanism for an independent arbitration acceptable to both parties.

It is the view of the Sub-Committee that athletes, as well as coaches and others who work and participate in sport activities funded by the federal government, are entitled to fair treatment in their working relations, as recommended by the Task Force and the Dubin Commission. The Sub-Committee recommends:

10. **That sports organizations and other federally funded bodies be required to see that athletes and others are fully informed of their rights and are not prejudiced in any way by exercising those rights.**

The Sub-Committee also endorses the Task Force's view with regard to athletes' rights and therefore recommends:

11. **That the government require all bodies receiving federal funds to establish fair procedures in actions and decisions affecting athletes and others.**

12. **That such procedures include a mechanism for the arbitration of disputes by an arbitrator who is independent of the parties to the dispute.**

The Sub-Committee recognizes that most NSOs have already established grievance procedures which give athletes a right of appeal within that jurisdiction. These procedures, however, do not generally provide for the independent arbitration of disputes as called for by the Task Force and the Dubin Commission. While the number of athletes with potential grievances may be minimal compared with the total number of athletes involved in the whole system, each athlete and participant in the system is entitled to the fundamental rights afforded all Canadians under federal jurisdiction, including the public servants who administer the funds.

On appeals from government decisions on athletes' assistance and other funding that directly or indirectly affect the careers or working conditions of athletes, coaches and others, the Sub-Committee recommends:

13. **That the federal government accept the recommendation of the Dubin Report and replace appeals to the Minister with appeals to an independent arbitrator.**

The Sub-Committee is willing to work with the Minister and the sports community to develop practical procedures to implement these proposals.

CHAPTER THREE

MANAGEMENT OF THE SPORTS SYSTEM

A. The Role of the NSOs

Our discussion of the structure of the Canadian sports system confirms the central role of NSOs in the development and management of sports in Canada. At the executive level of these organizations, elected directors are responsible for decisions affecting the management of human and financial resources. Volunteers who are members of the board of directors also have a strong input into the programs and activities of each NSO.

The Task Force clearly recognizes that the NSOs are still the primary agents in the development of athletes and the advancement of sport. It also emphasizes that NSOs are the organizations closest to the athletes. As such, the NSOs are said to represent the athletes and their needs and they are perceived as the most appropriate body to implement athletic training models for their respective sports. In order to have a system effectively providing high quality training development, the Task Force recommends that multi-sport agencies respond to the needs of the athlete as defined by the NSOs.

Some witnesses expressed reservations about this last recommendation. First, it was said that a high degree of cooperation with provincial associations will be necessary if the NSOs are to provide a wide range of services. There were also concerns about the effect that the participation of many NSOs which are strongly oriented towards high performance could have on a more unified sports system. Finally, it was said that it could lead to an increase in the administrative duties of the NSOs, resulting in a more bureaucratic structure which might not be appropriate for all NSOs and for the sports community.

Despite these reservations, most of the witnesses representing the single-sport organizations, the multi-sport and service agencies and various government organizations acknowledged the essential contribution of the NSOs to the sports community.

The Sub-Committee fully endorses the Task Force's recommendation that NSOs be the key agencies of sport development. It is the Sub-Committee's view that it is through the NSOs and their affiliated provincial and local bodies that the development, promotion and management of all sport disciplines in Canada are carried out.

As regards of the autonomy of the NSOs, there is a widespread perception within the sports community that if the organizations have to assume a greater share of their own funding, they should perhaps have more latitude and participate more actively in the political and administrative decisions governing their daily operations. Some associations do not share that opinion, however, and still have reservations about the promotion of NSOs as key agencies in the development of the sports system. In view of the recent evolution of the NSOs' structures, the Sub-Committee does not support those views; it clearly favours any initiative that will increase NSOs' control over their agenda.

As expressed by an executive member of the Sports Federation of Canada: "... you have to look at each NSO as a responsible organization, capable of making mature decisions about what they can and cannot live with."[12]

The Sub-Committee fully endorses that principle and therefore recommends:

14. That NSOs must be given the autonomy and the independence to manage all programs and activities related to their sphere of influence.

The transfer of additional powers and responsibilities to NSOs should not imply the establishment of another layer of bureaucracy. In performing their administrative duties, the elected officials of each NSO should ensure that the growth of the organization's structure does not exceed their span of control.

B. Shared Leadership

Considering the number of participants directly involved in the management and planning of sports programs, as well as the current complexity of the Canadian sport structure, the need for shared and coordinated leadership remains a challenge for many sports organizations and agencies. In this regard, the Task Force supports the concept of shared leadership which aims at improving communications among various components of the sports community and at ensuring that there is no duplication of the services offered to athletes. As well, it assumes the recognition of agents with specific responsibilities in different areas.

Almost all the witnesses endorsed the Task Force's goal of promoting leadership and linkage within the Canadian sports system. In its brief to the Sub-Committee, the Canadian Canoe Association supported the concept of a shared leadership approach described in

---

[12] *Minutes of Proceedings and Evidence* of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport, Issue No. 1, p. 1:25.

the Report. For the Association, any initiative in that regard should respect "the various unique roles/responsibilities of the numerous partners involved in the Canadian Sport System."[13] Some agencies recognize that there should be more consultation between parties and a greater involvement by governments, athletes, NSOs, multi-sport organizations, volunteers, coaches, administrators, the educational system, etc. In light of the hearings, the Sub-Committee concludes that there is a need for a system that is sufficiently flexible to permit contributions from all interested parties. Shared leadership would imply the greater involvement of the sports community in the decision-making process and would reinforce cooperation, partnership and coordination.

The Sub-Committee strongly supports the goal of leadership and linkage expressed in the Task Force Report and therefore recommends:

15. That there be a continuing process of consultation involving all elements of the sports community which would allow sports representatives to meet on a regular basis to discuss matters compatible with their common interests. Members of the Aboriginal communities and other groups who have special concerns and needs should be invited to participate in the establishment of the new process.

C. Role of an Independent Body

The idea of shared leadership described in the last section implies the need for initiatives to promote consultation and cooperation among members of the sports community. One of the suggestions introduced by the Task Force is the establishment of a Consultative Council on National Sport. This body would draw its membership from national sports organizations, multi-sport agencies, the federal government and other experts. The council would provide advice to the Minister on the following issues: national goals for sport, a broad financial framework for the quadrennial and beyond, and the relationships and roles of major agencies in achieving goals.

The establishment of such a consultative council received unanimous support from representatives of agencies and organizations appearing before the Sub-Committee. Most council would be useful in promoting coordination between the main participants in the sports system in the formulation of national objectives.

---

[13] Canadian Canoe Association, Brief, p. 2.

The Sub-Committee supports these views of the witnesses as well as the Task Force's suggestion. Members believe that a consultative council could be a very effective organization. They maintain, however, that unless there is a substantive change to the mandate and authority of Sport Canada, such a council would simply provide an additional layer of bureaucracy. As well, they believe that if the consultative council were given the appropriate authority, autonomy and direction, it could be the ideal forum for providing and coordinating leadership and direction for amateur sport in the future.

The Sub-Committee therefore recommends:

16. **That the Minister of State for Fitness and Amateur Sport signal his willingness to share leadership by establishing a consultative group including representatives of athletes, coaches, NSOs, multi-sport organizations and the community.**

17. **That a consultative council be created with the authority and the autonomy for providing and coordinating future leadership and direction for amateur sport.**

The members of the Sub-Committee believe that such a council could assume various responsibilities within the sports system. Its involvement in public financing will be discussed in more detail in the chapter focusing on the role of government.

D. Anti-Doping Policy

Commenting on the use of drugs and banned practices intended to increase athletic performance, the Dubin Report makes recommendations on the following issues: out-of-competition testing, laboratory monopoly, competition and doping control, doping control appeals, and the role of the Sport Medicine Council. The members of the Sub-Committee reviewed the Dubin recommendations on anti-doping policy as well as Fitness and Amateur Sport's *Discussion Paper Prepared for Consultation on the Dubin Report*. The situation described in those documents implies possible damage to the health of athletes using drugs and, therefore, the Sub-Committee endorses the Discussion Paper's guiding principle for a Canadian anti-doping strategy:

> There is unequivocal support for the health and welfare of the athletes and opposition to any actions not in the best interests of the individual athlete.[14]

---

[14] Discussion Paper, p. 36.

The Sub-Committee also recognizes that "fair competition is a fundamental premise of sport."[15] Doping seriously affects fair play and goes against the essence of sport. All athletes should be aware of the implications of the concepts of fair play and ethics.

Having considered the comprehensive analysis on doping matters included in the Dubin Report and in the Discussion Paper, the Sub-Committee recommends:

18. That due process and consistent protocols for dope testing and determining doping violations be established. The Sub-Committee affirms that the laws of Canada, of the provinces and territories, and the rights, dignity and integrity of the individual must all be respected and the responsibilities of all must be defined.

The members of the Sub-Committee acknowledge the leading role of the federal government in anti-doping at the international level. The Canadian government must maintain its international leadership in this area.

E. A Canadian Anti-Doping Agency

The implementation of doping control policies implies the presence of an arm's length mechanism that will ensure the coordination of the anti-doping campaign and, at the same time, exercise the following responsibilities: contracts with laboratories, advice and guidance to NSOs and other agencies, anti-doping technical information, linkage to other agencies with interests in anti-doping; at the same time, it would act as a clearing house for information, carry out research and investigation, present progress reports to the federal government and other agencies, and be a resource on international matters.

The Dubin Report believes that the Sport Medicine Council should become the central independent agency responsible for doping control of Canadian athletes. It should also coordinate Canada's anti-doping activities.

The Sub-Committee supports the views of Justice Dubin on that issue and therefore recommends:

19. That the Sport Medicine Council's present mandate be expanded so that the Council can become the central agency in policing and enforcing anti-doping policy. The Council should

---

[15] Ibid.

also provide the expertise required by the NSOs in encouraging, enforcing and promoting drug-free amateur athletics at all levels from the domestic through the national and international levels. Emerging as a central institution in drug testing and anti-doping policies, the Council should be more involved in research on matters compatible with its mandate. In order to preserve its impartiality, the Council should continue to be independent of NSOs.

F. Coaching

In view of the influence of coaches on the athlete's development, the sports community recognizes their essential contribution to the Canadian sports system. Their association with any sport has an impact on the future of amateur athletes. This important role was acknowledged by the Task Force, which says that the recognition of coaching as a viable career and part of the labour market justifies an increase in the number of qualified full-time and part-time renumerated coaches at selected levels within the sports system.

Insisting that coaching must be of the highest standard, the Dubin Report recommends that all coaches receiving federal funding be certified by the Coaching Association of Canada.

Most of the witnesses who expressed views on this matter stressed the recognition of the coach's role. Some organizations representatives mentioned that success in international competitions depends directly on the strength of coaching at the national level.

The Sub-Committee agrees with the perception that coaching can be a viable career within the sports system and should be promoted as such. In that regard, it recommends:

20. **That the certification system be a multi-sport agency and teach skills on a broad non-specific basis. Such an initiative could be the basis of the program, which could then become sport-specific as required by the individual NSO.**

G. Volunteers

As well as the input of athletes and coaches, the contribution of the many volunteers who administer or referee sporting events is essential to the development of the sports system. NSOs, in particular, benefit from the massive involvement of elected directors who

are willing to play a significant role at the executive level within the organizations. Most representatives believe that volunteering must be encouraged more vigorously in amateur sport. Some suggested that there should be amendments to the *Income Tax Act* establishing tax credits for employers who grant time off to employees who volunteer in this way.

The Sub-Committee favours a more active system of recognition for volunteers who must sometimes take some time off from their jobs to meet their sports obligations. Therefore it recommends:

21. That incentives be adopted for corporations and employers to implement special measures for employees who volunteer for a sport organization.

CHAPTER FOUR

ROLE OF GOVERNMENT

A. Rationale for Government Intervention in Sport

The federal government became directly involved in the field of sport in the early '60s after the *Fitness and Amateur Sport Act* was passed in 1961. Under the Act, which has remained unchanged to the present day, the government's mandate is related to the promotion, encouragement and development of fitness and amateur sport in Canada. Such goals, which aim at enhancing the health, fitness and personal achievements of Canadians, are accomplished primarily through Sport Canada and Fitness Canada. Fitness Canada is responsible for promoting better health conditions and consequently for improving the lifestyle of all Canadians. Sport Canada mainly provides financial support to athletes and sport-oriented organizations and policy leadership to the whole sports community.

Public commitment to excellence in amateur sport and support for initiatives that encourage more Canadians to participate in sport are motivated by underlying objectives. Indeed, many factors help to explain the rationale for federal intervention in the area of fitness and amateur sport. As stated by the former Minister of State for Fitness and Amateur Sport, Jean Charest:

> The federal government ''invests'' in the sport system for several important reasons. First, we support sport simply for what it is — a part of human nature; a social movement made accessible through the national sport system. We also invest in the system because sport forms a part of our national identity and is an expression of our culture and who we are. (...) Finally, the federal government invests to ensure that certain social benefits and objectives are attended to by the sport community, including bilingualism, gender equity, more favorable regional access and an ethical conduct of sport.[16]

[16] Task Force Report, pp. 16–17.

The Dubin Commission also supports a broad basis for federal involvement in sport. The Dubin Report states that "... the federal government, ..., is perhaps the only entity capable of exercising sufficient moral and economic suasion to ensure equality of access by all Canadians — regardless of gender, physical disability, socio-economic or cultural background, or language - to sport, to sport facilities, and to programs it supports."[17]

The Task Force recognizes that sport is directly involved in the transmission of national values and traditions to the Canadian population. Several associations reiterated the central role of sport in Canadian culture. Canadians, as spectators, participants, coaches and athletes, are directly involved in a socialization process at the local and national levels. Some witnesses mentioned to the Sub-Committee that sports events are still an efficient means of highlighting cultural elements. For instance, through the use of mass media, advertising and marketing techniques, PARTICIPaction encourages activities which can serve as a rallying point for families, communities and neighbourhoods. As well, the Canada Games assemble athletes and supporters from all the provinces and territories for national championships. Such initiatives may also contribute to the unification of the various groups within the Canadian population.

From this perspective, the Dubin Report considers that sport has become a means of unifying Canadians. The Sub-Committee also believes that amateur sport and athletics represent a major avenue for the promotion of national unity. Furthermore, the Sub-Committee fully endorses the statements made by the former Minister Charest, the Dubin Commission and the Task Force outlining the basis for federal government involvement in sport. Sport is a vital aspect of our national culture.

The Sub-Committee believes that policies and strategies developed by government and sports organizations should be oriented toward the unity of all components of the Canadian mosaic. Most amateur sport activities should encourage cooperation and understanding among different cultures and backgrounds through well organized healthy participation and competition at all levels of sport.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

22. That such initiatives as the Canada Games (summer and winter), PARTICIPaction, and Master Athletic programs, with their visibility and representative input from all regions of Canada, should be further expanded, as their goals improve the promotion of national unity, identity and pride.

[17] Dubin Report, pp. 61-62.

B. Funding of Amateur Sport

Although it varies according to the category of sport, there is generally a high cost involved with bringing an athlete on to the sports scene. In order to alleviate the financial burden of top-level athletes, the federal government provides them with financial assistance to defray day-to-day living and training expenses and enable them to succeed in their pursuit of excellence. This is done through the Athlete Assistance Program (AAP) whose criteria, benefits and procedures are set up by Sport Canada. Seven different levels of funding are associated with the athlete's performance level. As of 28 February 1990, some 815 athletes were currently carded under the AAP.[18]

In its Report, the Task Force identifies matters related to the funding of top-level athletes. It recognizes that financial support, both public and private, is important for achieving high-performance objectives. It recommends increasing the number of athletes eligible for the AAP and evaluating financial support on the basis of needs and rewards. It also suggests developing a system which would enable an athlete who has benefited from public financial assistance to support, in turn, the association or system which has encouraged him or her to achieve success.

A number of high-performance athletes receive substantial financial assistance through their personal agents and sponsors. As a matter of fact, five carded athletes appearing during an *in-camera* meeting with the Sub-Committee, affirmed that athletes who have succeeded at the international level do not always need money from Sport Canada because their good performance provides them enough money from outside public funding programs. From that perspective, the Dubin Commission suggests that the athlete's means should be a factor in determining whether funding should be granted.

Athletes also discussed the criteria for determining federal funding. Some of them stated that international standards appear to be critical in their sport. Others believed that a different ranking system would be needed or that the present system could be improved. Athletes suggested that the national governing body of each sport be involved in determining what the carding criteria should be. They said they would be comfortable having their NSO, rather than Sport Canada, setting up AAP's guidelines because that would allow more flexibility in terms of making a commitment to an athlete in the long term rather than just in the short term.

---

[18] According to information provided by Fitness and Amateur Sport.

In light of the hearings, the Sub-Committee recognizes that a significant number of high performance athletes have become financially self-sufficient while others with talent and determination to pursue excellence really need basic support from the government. It is also the view of the Sub-Committee's members that sports organizations which are most closely related to the athletes may be in a better position to determine the eligibility of athletes for funding.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

23. **That financial assistance to athletes be the responsibility of the NSOs. Such funding should be based upon potential for superior performance, the financial needs of the athletes and the performance level (international as well as national) based on criteria set out by the NSO.**

In addition to providing direct funding to athletes, the federal government, through Sport Canada, currently offers financial assistance to the Canadian sporting community, which includes organizations responsible for specific sports and multi-sport agencies. However, the funding of sport is partly public; as a matter of fact, an NSO's revenue also includes sponsorships, membership fees and sales of supplies.

The proportion of non-government funding varies among sports organizations mainly because certain sports are easy to market while others are not. The Sport Marketing Council has been created to help the organizations in generating increased revenue from non-government sources. The Council assists the marketing efforts of the NSOs by educating and training staff, undertaking feasibility studies and developing public and media relations.

In its Report, the Task Force emphasizes the need to diversify the sources of funds and strongly encourages financial participation by the commercial and business sectors. It also considers that participation must be increased so as to raise the contribution of members of sports organizations. It suggests a balance between public and private funding by recommending a long-term goal of a 50:50 balance of government and non-government funding sources for NSOs.

While acknowledging the importance of increasing private funding, the Task Force also maintains that the federal government must continue to play an important role in the financing of sport. This is also the view of the Sub-Committee's members. However, they recognize that the private sector, the public sector, and individuals, all have limits in their funding of amateur sport. Furthermore, they are also concerned by the 50:50 split between

public and private funding suggested by the Task Force. As the commercialization of sport is not evenly distributed among the sports organizations and since contributions from private funds are often unstable, the Sub-Committee believes that government assistance remains essential for ensuring support for the components of the system. It is also the view of the Sub-Committee that NSOs must ensure that public funds are spent properly.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

24. That the federal government contribution in the sports field is beneficial for Canadian society as it serves to promote a sense of unity and pride. In this regard, the federal government must continue to contribute to the sports system. Indeed, the government should consider the advisability of increasing its financial commitment toward sport. As well, better planning, coordination and efficiency appear to be a necessity for ensuring an effective allocation of public resources. Thus, good administrative management by the NSOs is necessary in the use of public funds.

When federal funding is decided upon for a sport organization, the funding is generally allocated among different "blocks", including administration, professional staff, meetings, national coaches, domestic sport development, officiating development, national team programming and equipment, high-performance centres, promotion and communications. There are also terms and conditions of greater or lesser importance that may be attached to the various blocks. For instance, if one objective does not rank as high in priority as another, then Sport Canada may not contribute to it. These terms and conditions are highly variable from block to block of funding, or from sport to sport.

According to government representatives, funding is provided on a block basis to avoid a burdensome accounting process and to make sure that both self-funding and government funding are involved. However, a majority of sports organizations representatives who appeared before the Sub-Committee affirmed that there was a need to review and update the bureaucratic relationship between sports bodies and the government. As observed in the Dubin Report, "The day-to-day administration of sport in Canada has become a function of government to a degree that never was intended nor, indeed, is either healthy or appropriate for sport."[19] Many witnesses also expressed support for a funding system which would allow the NSOs to manage the public resources allocated to them.

---

[19] Dubin Report, p. 529.

The Sub-Committee believes that over the years the sports organizations have developed the capability to show more leadership on their own, separate from government. The members of the Sub-Committee also think that, if the sports organizations have to take a leading role and become the primary agents, less dependent on government, then we have to give them the autonomy to do so. In fact, the sports community has matured to a significant degree and we must adopt a more encouraging approach to its development.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

25. That the federal government take a less active role in daily sports operations and that NSOs be given the autonomy to manage the public resources allocated to them.

The Dubin Report discusses the possibility of establishing an independent body charged with the responsibility of administering government funding and supervising the development of sport in Canada. Justice Dubin refers to the British Sports Council, which represents an attractive concept mainly because it operates independently from the government. The British Sports Council[20] receives grant from the central government and raises money from non-governmental sources. It seeks to obtain sponsorship to support its programs, undertakes commercial activities such as publishing and generates income by running its own national centres. It offers support to sport-governing bodies in order to enable them to develop excellence programs, improve the standards and scope of coaching, compete internationally and provide facilities and equipment. The Dubin Report does not include any recommendation based on this, but it might be worthwhile though to look at the structure and role of this granting council.

The Sub-Committee believes that public funding should be different from its present form. There should be a council or body that decides on the allocation of federal funds according to broad criteria, such as: participation, performance need, administrative abilities, public perception and, as suggested in the Dubin Report, accessibility of programs to the broader community, anti-doping policies, and the organization's record in encouraging participation by women, minorities, disabled and the disadvantaged.

The Sub-Committee wants to insist that any new structure such as a "Canadian Sports Council" must not become another layer of bureaucracy. It suggests that the Canadian Sports Council be both a consultative and granting body. It further believes that

---

[20] British Sports Council, *Fact Sheet: What is the Sports Council?*

there is a need to consult the sports community and to prepare an in-depth study on the structure of such a granting council. Therefore, the Sub-Committee recommends:

26. **That the Canadian Sports Council be established.**

27. **That the first step in consultation be the design of the new granting and policy structure.**

28. **That the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport participate in the design of the new structure.**

29. **That the Minister of State for Fitness and Amateur Sport undertake a study of a new structure for funding allocations and policy.**

30. **That the long-term role of the federal government be defined in the consultation process.**

Multi-sport service agencies and major Games associations such as the Sport Marketing Council, the Canadian Olympic Association, Canada Games Council, the Commonwealth Games Association of Canada, etc., are funded mostly or entirely by Sport Canada. They are arms-length organizations which have been created to carry out specific functions. They play an important role in supporting the collective needs of single-sport organizations. It was suggested in the Task Force Report that multi-sport organizations' programs and services be primarily derived from and clearly linked to the aggregated needs of NSOs as articulated in their athlete development and sports system models. The Sub-Committee agrees with this proposal and thinks that arms-length associations could be an effective arrangement for assisting amateur sport and accomplishing national objectives. The members of the Sub-Committee also believe that the federal government has a particular responsibility to oversee the promotion and direction of multi-sport agencies and major Games associations.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

31. **That federal government policy directed toward multi-sport agencies and major Games associations be designed so as to meet the collective needs of the NSOs and to allow NSOs to use the services of those organizations effectively.**

The Dubin Report points out the need to re-examine the role and mandate of the federal government in sport in order to attain other goals such as broader participation and better access to sports programs by women, disadvantaged groups and the disabled. The

Task Force also encourages the development of a community-based sports system which would be integrated in the national structure. It also suggests that the NSOs assume a leadership role in the promotion and development of domestic opportunities within their respective sports. The NSOs' representatives who appeared before the Sub-Committee claimed that, in order to develop an integrated sports system, the federal government had to increase its support for the development of domestic sport while maintaining its assistance for high-performance sport. However, the Sub-Committee would be concerned if there was increased intervention of the federal government at the domestic level. It believes that this is likely to restrict the autonomy of the local, municipally-oriented organizations that form the base of the NSOs. Nonetheless, a few issues raised by the witnesses showed that there were obstacles to increased fund-raising by NSOs and their members. For instance, parents, who must often assume a substantial proportion of the high cost of the children's instruction in sports schools, are not entitled to income tax deductions since these schools are not considered educational institutions. According to the Canadian Figure Skating Association, it costs parents on average approximately $30,000 a year for a young senior athlete, between $15,000 and $20,000 for a young novice athlete and approximately $12,000 for a beginning athlete. Furthermore, money given to individual athletes cannot be considered a charity donation for income tax purposes; this limits the number of potential donors. Finally, clubs affiliated with national sports organizations are unable to issue tax receipts, as charitable institutions do.

It is the view of the Sub-Committee that these impediments hamper the effectiveness of fund-raising efforts at the provincial and municipal levels, as well as in sports clubs. The Sub-Committee also considers that the federal government could assist with the development of domestic sport by implementing tax incentives.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

32. That the Minister of Finance prepare a study of tax provisions relating to charitable donations and then provide some tax-oriented proposals relevant to the field of amateur sport.

C. International Sport Leadership

Over the years, Canada has played a leading role in international sport, particularly in the areas of anti-doping and fitness. According to various representatives of sports associations, there is, however, a lack of Canadian leadership on the international scene. Several factors may explain this. For example, the philosophy of the agencies concerned and the content of programs run by participants in the sports community weaken the Canadian position in international circles. It was suggested that coordinated, shared

leadership by all the participants would be a valid option for consolidating Canada's position. NSOs which recognized that Canada must play a larger role at the international level said that the federal administration had an important part in the area of leadership.

The Task Force Report recognizes the disparity between the amount of influence Canada has within international federations and the recent successes of Canadian athletes in top-level competitions. In order to re-establish a balance between these two variables, the Task Force believes that the presence of Canadian agencies within the international sports circles must be strengthened. Staging international sports events in Canada is one initiative proposed by the Task Force which would consolidate our reputation in international sport. Most of the witnesses supported the Task Force proposals concerning the maintenance of Canada's presence within the international sports community. This presence is necessary to ensure that the merits of Canadian athletes receive the respect they deserve at the international level.

In light of the hearings, the Sub-Committee recognizes that both the federal government and the sports community have important roles in the international decision-making process. For example, the government has given strong leadership in the world-wide effort to enforce the anti-apartheid boycott against South Africa. The Sub-Committee shares the hope that apartheid will soon end and that South African athletes will therefore be able to take their place in international competition.

Canada has often acted successfully as the host of major international games. This has been good for Canadian sport but it has also been good for international sport. In 1994, Canada will host the Commonwealth Games in Victoria. The government has provided particular leadership in *la Francophonie* and the Commonwealth, as well as the Olympic movement, with a view to broadening access to those Games for women, disabled athletes and those from developing countries. This last concern led to the establishment of the Working Party on Strenghtening Commonwealth Sport chaired by Canada. The Sub-Committee strongly endorses the idea that sport offers a special way to build links with the Commonwealth, as it does within Canada. The Canadian government through CIDA has funded sports development projects in *la Francophonie*. The Sub-Committee urges CIDA to support the Commonwealth Cooperation Through Sport Program (CCSP) as a useful vehicle for developing sport in Third World Commcnwealth countries. International Games should be the ''best-ever'' Games, not just for Canadian athletes but for all participants, especially those from developing countries.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

33. That the federal government continue to play a leading role and maintain its leadership in the international sporting community and that policy direction have input from multi-sport agencies as well as athletes and organizations directly involved.

The Sub-Committee wants to express its concerns about recent statements by the International Olympic Committee indicating a reduction in the number of disciplines eligible for the Olympic Games. The Sub-Committee believes that there should be broad consultation between government agencies and the sports community in order to determine Canada's position on this issue.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

34. That recognition of sport disciplines at the international and Olympic levels be the result of further and upgraded consultation involving NSOs, athletes, multi-sport agencies. These should investigate the issue and provide advice to government.

D. Sport Canada

During the hearings, a majority of witnesses affirmed that over the years Sport Canada has become the main leader in the sports area. They claimed that the bureaucratic nature of Sport Canada has limited the growth of sports organizations and prevented them from maturing. According to Hugh Glynn, President of the Sport Marketing Council, ''We have reached the stage where the bureaucrats have assumed leadership to the degree that they resent other potential leadership and use the contribution dollars as a stick to ensure obedience.''[21] The sports associations insist that the federal government's participation is essential; however, they maintain that bureaucrats must not be allowed to weaken sports organizations. For these reasons, many witnesses recommended reducing the excessively bureaucratic character of Sport Canada.

The Sub-Committee recognizes that people from the sports community are hardly involved at all, while the design and development of sports policies are dominated by the federal government. It feels that sports associations should be involved when the programs and policies are implemented, since they are in direct contact with the athletes.

---

[21] According to a letter (p. 1) sent to the Sub-Committee.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

35. That Sport Canada separate itself from sport-specific activities and organizations and cooperate with the multi-discipline organizations, such as the Canadian Coaching Association and the Canadian Olympic Association.

According to some witnesses, there is a need to encourage and strengthen the capabilities of NSOs in order for them to become more effective national agencies. The Sub-Committee suggests that the government participate in improving the administrative side of sport. Sound administrative management is a means of ensuring that efficiently allocated resources will provide the best long-term technical support to athletes.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

36. That Sport Canada continue to help those NSOs requiring assistance in developing their administrative capabilities.

E. Role of the Educational System

During the hearings, it was pointed out that not enough physical education is given in Canadian elementary and secondary schools, although the physical and human resources are available. The education sector is responsible for academic success, but it is also responsible for the principle of good physical fitness. Schools constitute the best possible forum for the promotion of fitness, but there are not enough incentives in schools to encourage it. For example, in Ontario, only one physical education credit is required at the secondary level, even though there are teachers specializing in this area. To improve sport in Canada, the sports system must use the secondary schools as its foundation.

According to some witnesses, the educational system is not really taken into account in the Task Force Report. They find it annoying that the education system is somewhat excluded, since in theory, the educational system should promote a holistic approach toward the development of young people and athletes. Witnesses said that the Task Force gives only limited recognition to intercollegiate and inter-university athletics. Post-secondary institutions can play a major role in the sport delivery system, even though their primary function is in the area of domestic sport. The Canadian Interuniversity Athletic Union and the Canadian Intercollegial Athletic Union are responsible for national and international competitions of student athletes at post-secondary educational institutions. It is significant that a large proportion of Canada's athletes are students. According to Mr. Leon Abbott, president of the Canadian Interuniversity Athletic Union, the school system is

prepared and willing to cooperate with all of the various segments of the sports community. As well, Mr. Glenn Ruiter, president of the Canadian Colleges Athletic Association, said that the education system should be recognized as a key player in the promotion, development and presentation of amateur sport in Canada.[22] However, they both expressed the need to preserve the autonomy and the philosophies of the educational institutions. For instance, the programs of the educational institutions embrace both the academic and the athletic pursuits of the individual and this should be reflected in a more integrated sports system.

The Sub-Committee considers the educational system to be a very important part of building up the domestic sports system. While its members recognize that this is a provincial matter to a substantial degree and that we may have to deal with 10 sports ministries, they consider it is important to try to integrate the school system into overall sports development. It is also important to recognize that there are a lot of facilities that could be opened to the community. The education system grants access to the greatest number of young Canadians because that is where they are. Furthermore, the education system is a primary information base, whereby it is possible to instill sports culture in young Canadians.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

37. That the educational system enhance the development of athletes by taking an active role in the teaching of basic athletic skills (coordination, running, jumping, etc.). Sport should be promoted at all levels of education, from the elementary schools to the post-secondary institutions. The system should encourage the continued life-long participation of Canadians in athletic endeavours, thus promoting a more active and healthy society.

F. Federal-Provincial Relations

According to our description of the Canadian sports system, the responsibility for sports is both federal and provincial. Provincial governments exercise their jurisdiction within the education sector and in municipal affairs which are directly involved in sports planning and programming. The *Fitness and Amateur Sport Act* is mostly perceived as a federal sports policy; some witnesses do not consider it to be a national policy because it does not make any reference to the provinces' responsibilities. Over the years, the federal government has taken over the area of élite sport and left the recreational sector to the

---

[22] *Minutes of Proceedings* of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport, Issue No. 5, p. 5:21.

provinces. This division of responsibilities in the evolution of government programs has resulted in a lack of coordination between the various levels of government. The design and development of sports policies is still dominated by the federal government.

Some mechanisms for improving communications between the two levels of government are already in place. Provincial-territorial meetings of deputy ministers responsible for sport and recreation and the annual federal-provincial-territorial conference of ministers responsible for sport and recreation remain useful forums for an exchange of information. Since 1983, government representatives have discussed a review of Sport Canada activities, women's input in sport policy, the role of the Sport Marketing Council and recreation strategies for the promotion of health. In 1988, the Conference of Ministers also confirmed the "second cycle" for hosting the Canada Games; they agreed that every province will have had the opportunity to host the Games a second time by the year 2005. The Task Force recognizes that collaboration among all of the jurisdictional levels is essential to the attainment of a more integrated sports system and recommends we should "integrate athlete development programs at the national, provincial and local or club levels, thereby resulting in integrated national and provincial plans and a consistency in funding and program support from governments at the federal and provincial levels."[23]

The Sub-Committee invited the provincial and territorial governments to provide comments with regard to the Report of the Task Force. The ministries responsible for sport in Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Northwest Territories, Ontario and Yukon responded to the invitation. Alberta Recreation and Parks, the New Brunswick Minister of Tourism, Recreation and Heritage, and the Minister of Municipal and Community Affairs from the Northwest Territories each sent a brief to the Sub-Committee. The other provincial/territorial ministries mentioned that, at the Federal/Provincial/Territorial Conference of Ministers held in October 1989, it had been agreed that review of the Task Force Report would be deferred until after the Dubin Commission had reported, and that consultation would take place thereafter.

In his brief, the New Brunswick Minister of Tourism, Recreation and Heritage said that he favours the concept of improved mechanisms of consultation and collaboration, and shared leadership and partnership.[24] The Albertan ministry mentioned that there should

---

[23] Task Force Report, p. 32.

[24] Tourism, Recreation and Heritage, New Brunswick, Brief, pp. 1-2.

[25] Alberta Recreation and Parks, Brief, p. 1.

be an opportunity for provincial/territorial governments and provincial/territorial sports organizations to have more input into the development of future strategies in the field of sport.[25]

The Sub-Committee fully endorses this view. As well, the Sub-Committee believes that, despite the variety of interests involved, the federal and provincial governments should extend their dialogue to allow for enhanced sport integration and coordination at the national and provincial levels.

Therefore, the Sub-Committee recommends:

38. The continuation of a concerted effort by the federal government to act as a coordinator of policy and initiatives promoting dialogue between NSOs, provincial governments, PSOs and municipal and regional organizations in the development of sport in Canada.

G. Standing Committee

Recent government interventions in sport, together with the human and financial resources involved in major sports events, illustrate that an increased number of sectors are concerned with public sport policy. Athletes, NSOs, multi-sport and service organizations are all trying to influence government policy and to influence decisions related to sports programs. Such involvement requires the development of various channels of communication between the government and the representatives of the sports community. The complexity of issues also requires the establishment of structures that will facilitate exchanges of information between partners in the sports decision-making process. Some witnesses indicated to the Sub-Committee that sport, as a social and cultural phenomenon, requires some institutionalization in the national public interest. The growth of federal intervention in that sector and the need for accountability call for careful scrutiny at the executive and legislative levels.

The Sub-Committee agrees with that argument and therefore recommends:

39. That a Standing Committee on Fitness and Amateur Sport be created.

The Committee should act as a political forum and be part of the ''linkage-leadership'' process so often referred to as a positive step in the further development of the amateur sport system in Canada. Its contribution should provide assistance in resolving differences between the various organizations and interest-oriented agencies that give leadership to the millions of Canadians involved, both directly and indirectly, in amateur sport.

H. The Act

In light of the briefs and testimonies, it appears that modifications to policies and programs in the field of amateur sport are necessary to improve the Canadian sports system. Moreover, in view of the recommendations contained in this Report, the Sub–Committee further recommends:

40. That the "Fitness and Amateur Sport Act" be amended.

LIST OF RECOMMENDATIONS

1. That, in all assessments, evaluations and programs, the athlete must be the essential element and the raison d'être of all related activities.

2. That the pursuit of excellence be encouraged at all levels of competition. However, the relevance of the pursuit of medals, although critically important to élite athletes as a measurement of their international performance level, should be assessed by each NSO.

3. That the NSO work with the athlete and the media to promote both the individual athlete and the sport.

4. That athletes be more visible by, for instance, giving lectures and participating in conferences.

5. That the role of the media be recognized and developed through the Sport Marketing Council and through specific sport activities.

6. That a secretariat be established through Sport Canada to encourage and develop events giving support to disabled athletes to compete on an equal basis.

7. That gender parity be encouraged through a secretariat established within Sport Canada.

8. That a secretariat be established to encourage the increased active participation of Aboriginals in national and international sports competitions.

9. That an in-depth study be conducted into the question of multidisciplinary centres and their costs and benefits.

10. That sports organizations and other federally funded bodies be required to see that athletes and others are fully informed of their rights and are not prejudiced in any way by exercising those rights.

11. That the government require all bodies receiving federal funds to establish fair procedures in actions and decisions affecting athletes and others.

12. That such procedures include a mechanism for the arbitration of disputes by an arbitrator who is independent of the parties to the dispute.

13. That the federal government accept the recommendation of the Dubin Report and replace appeals to the Minister with appeals to an independent arbitrator.

14. That NSOs must be given the autonomy and the independence to manage all programs and activities related to their sphere of influence.

15. That there be a continuing process of consultation involving all elements of the sports community which would allow sports representatives to meet on a regular basis to discuss matters compatible with their common interests. Members of the Aboriginal communities and other groups who have special concerns and needs should be invited to participate in the establishment of the new process.

16. That the Minister of State for Fitness and Amateur Sport signal his willingness to share leadership by establishing a consultative group including representatives of athletes, coaches, NSOs, multi-sport organizations and the community.

17. That a consultative council be created with the authority and the autonomy for providing and coordinating future leadership and direction for amateur sport.

18. That due process and consistent protocols for dope testing and determining doping violations be established. The Sub-Committee affirms that the laws of Canada, of the provinces and territories, and the rights, dignity and integrity of the individual must all be respected and the responsibilities of all must be defined.

19. That the Sport Medicine Council's present mandate be expanded so that the Council can become the central agency in policing and enforcing anti-doping policy. The Council should also provide the expertise required by the NSOs in encouraging, enforcing and promoting drug-free amateur athletics at all levels from the domestic through the national and international levels. Emerging as a central institution in drug testing and anti-doping policies, the Council should be more involved in research on matters compatible with its mandate. In order to preserve its impartiality, the Council should continue to be independent of NSOs.

20. That the certification system be a multi-sport agency and teach skills on a broad non-specific basis. Such an initiative could be the basis of the program, which could then become sport-specific as required by the individual NSO.

21. That incentives be adopted for corporations and employers to implement special measures for employees who volunteer for a sport organization.

22. That such initiatives as the Canada Games (summer and winter), PARTICIPaction, and Master Athletic programs, with their visibility and representative input from all regions of Canada, should be further expanded as their goals improve the promotion of national unity, identity and pride.

23. That financial assistance to athletes be the responsibility of the NSOs. Such funding should be based upon potential for superior performance, the financial needs of the athletes and the performance level (international as well as national) based on criteria set out by the NSO.

24. That the federal government contribution in the sports field is beneficial for Canadian society as it serves to promote a sense of unity and pride. In this regard, the federal government must continue to contribute to the sports system. Indeed, the government should consider the advisability of increasing its financial commitment toward sport. As well, better planning, coordination and efficiency appear to be a necessity for ensuring an effective allocation of public resources. Thus, good administrative management by the NSOs is necessary in the use of public funds.

25. That the federal government take a less active role in daily sports operations and that NSOs be given the autonomy to manage the public resources allocated to them.

26. That the Canadian Sports Council be established.

27. That the first step in consultation be the design of the new granting and policy structure.

28. That the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport participate in the design of the new structure.

29. That the Minister of State for Fitness and Amateur Sport undertake a study of a new structure for funding allocations and policy.

30. That the long-term role of the federal government be defined in the consultation process.

31. That federal government policy directed toward multi-sport agencies and major Games associations be designed so as to meet the collective needs of the NSOs and to allow NSOs to use the services of those organizations effectively.

32. That the Minister of Finance prepare a study of tax provisions relating to charitable donations and then provide some tax-oriented proposals relevant to the field of amateur sport.

33. That the federal government continue to play a leading role and maintain its leadership in the international sporting community and that policy direction have input from multi-sport agencies as well as athletes and organizations directly involved.

34. That recognition of sport disciplines at the international and Olympic levels be the result of further and upgraded consultation involving NSOs, athletes, multi-sport agencies. These should investigate the issue and provide advice to government.

35. That Sport Canada separate itself from sport-specific activities and organizations and cooperate with the multi-discipline organizations, such as the Canadian Coaching Association and the Canadian Olympic Association.

36. That Sport Canada continue to help those NSOs requiring assistance in developing their administrative capabilities.

37. That the educational system enhance the development of athletes by taking an active role in the teaching of basic athletic skills (coordination, running, jumping, etc.). Sport should be promoted at all levels of education, from the elementary schools to the post-secondary institutions. The system should encourage the continued life-long participation of Canadians in athletic endeavours, thus promoting a more active and healthy society.

38. The continuation of a concerted effort by the federal government to act as a coordinator of policy and initiatives promoting dialogue between NSOs, provincial governments, PSOs and municipal and regional organizations in the development of sport in Canada.

39. That a Standing Committee on Fitness and Amateur Sport be created.

40. That the *Fitness and Amateur Sport Act* be amended.

APPENDIX A

July 26, 1990

RESOLUTION:

The Chairman is instructed to write to the Minister of State for Fitness and Amateur Sport to advise him that the Sub-committee has considered the recommendations of the Dubin Commission in respect of the penalties for violation of the government's anti-doping policies and has heard witnesses on the issues; the Sub-committee instructs the Chairman to transmit to the Minister the following views of the Sub-committee:

1. The Sub-committee urges the government to move quickly to implement the principles of the Dubin Commission recommendations on penalties.

2. As noted by Commissioner Dubin, it is important to distinguish *present penalties from those that might be imposed in future. It is also important to distinguish penalties governing eligibility and participation from penalties governing the receipt of government funding. (Dubin, page 557.)*

3. For infractions that have occurred to date the penalties of both government and the sports bodies should be those in place at the time of the infraction.

4. The government should seek to ensure that, in future, penalties of sports bodies should be more stringent. (Rec. 48.)

5. The Dubin Commission recommendations seek to clarify the dividing line between the responsibilities of the government, through Sport Canada, and those of the national sports organizations. The government should limit its involvement in individual cases to a decision on the continuance or suspension of direct government funding to individuals. The sports bodies should decide on eligibility and participation, including the selection of Canada's representative teams.

6. The government should confine its sanctions of individuals to "direct" government funds, not funds administered by sports bodies or provided indirectly

by the government through its funding of sports bodies. Under the 1985 anti-doping policy, the government has sought to apply its standard of lifetime suspensions for anti-doping violations to "indirect", as well as "direct", funding of athletes and others. This position should be dropped by the government for past as well as future infractions. The government should not seek to impose its view of proper sanctions of participation and team selection indirectly through its funding involvement. This does not preclude the government from requiring strong anti-doping policies from sports organizations as a condition of funding. Quite the contrary, as we set out below.

7. The government must ensure that organizations, such as national sport organizations, multi-sport service agencies and multi-sport franchise holding agencies, receiving funding from the government have in place effective anti-doping policies. The Dubin Commission correctly recommends that the government establish criteria under which funding of sports organizations would be suspended if the organization fails to take all reasonable measures to avoid doping infractions, and that the government suspend from funding any organization that fails to enforce anti-doping policies on individuals within its jurisdiction. (Recs. 43 and 44.)

8. The government should suspend direct government funding, such as Athletes Assistance funding, to any individual who violates anti-doping rules.

9. The suspension of direct government funding should be for life, subject to the individual's right to seek modification of the lifetime suspension based on the factors outlined by Commissioner Dubin. As recommended, the onus should be on the individual seeking the modification. (Rec. 42.) This represents a change only in the person to whom an individual may appeal, from the Minister to an independent arbitrator.

10. The full responsibility for deciding on eligibility, selection to national teams and participation in events must be the function solely of the national sports organizations. (Rec. 7.) The government should make it clear that it will not withdraw or reduce funding on the basis that the organization has exercised this responsibility incorrectly.

11. However, as part of its funding agreements, the government must require the national sports organizations to exercise the responsibilities set out in Paragraph 10 under the following conditions, a breach of which will be the basis of withdrawing or reducing funding of the organization:

a. as recommended by Commissioner Dubin and accepted by the sports organizations appearing before the Sub-committee, there must be in place a grievance and arbitration procedure for suspended individuals that will give final authority to an independent arbitrator mutually agreed to by both parties (Rec. 38), with authority to modify the penalties imposed. (Rec. 42.)

b. there must be no retroactive imposition of penalties or the creation of offences not in place at the time of the infraction; penalties imposed must only be those permitted under the rules at the time of the infraction. (Rec. 40.)

c. the sports organizations must establish, for future offences, more stringent policies than those generally in place at present, and must make efforts to encourage their international bodies to stiffen future penalties. (Rec. 48.) We commend the Canadian Weightlifting Federation for already taking action in that direction.

d. the sports bodies must have in place an anti-doping policy satisfactory to the government and must accept that failure to impose and implement the policies could result in the organization's suspension from government funding. (Recs. 43 and 44.) The Sub-committee would ask the Minister to file copies of the policies with the Sub-committee.

e. penalties for coaches and others working for the sports organizations who violate anti-doping rules must be at least as stringent as those imposed on athletes for similar offences (Recs. 45 and 49); Sport Canada and sports organizations must provide penalized coaches and other individuals a right to appeal to an independent arbitrator on the same basis as provided for athletes. (Rec. 46.)

f. the condition of reinstatement of anyone suspended must be that the athlete agree to be tested during the period of suspension. (Rec. 50.)

12. In keeping with the principles endorsed above, the Sub-committee supports the lifetime suspension of direct goverment funding of those individuals named in the Dubin Commission Report, subject to their right of appeal to an independent arbitrator. (Recs. 51-70.)

13. In the interests of fairness, the government should offer those referred to in the Dubin Commission Report an opportunity to make representations on the procedures proposed. In the fall, the Sub-committee will provide a further

opportunity for interested parties to clarify the record, should that be considered necessary.

14. The Sub-committee heard evidence that government and sports bodies' sanctions should be ''standardized''. Discussions might be pursued to that end. However, the government should not reduce its lifetime suspension of funding simply to achieve ''standardization''. If sports bodies increase their penalties in compliance with the Dubin recommendations, then the government might consider a general modification to bring its penalties into line. We should add that, in some cases, the penalties are already in line. The general principle should be: tough sanctions for violation of anti-doping rules.

15. The role of coaches in sport is critical. Proposals are under consideration to strengthen the importance of the certification of coaches. One suggestion is to require coaches to sign a contract obligating the coaches to comply with anti-doping policies. Another suggestion is that, as part of its anti-doping policies, the government require sports bodies, as a condition of government funding, not to employ coaches whose certification is withdrawn or denied for violation of anti-doping rules or to permit athletes coached by such individuals to participate in the activities of government-funded sports bodies. Consideration will have to be given to the appropriate body to regulate the certification of coaches. The Sub-Committee is very interested in these proposals and will give a high priority to the issue in the fall.

16. In all the focus on sanctions, the other recommendations of the Dubin Commission must not be forgotten. The Commission proposes substantial changes in sports policy, both by government and by the sports community. The Sub-committee is looking forward to reviewing those recommendations in the fall and forwarding its report to the full Committee and the government, in due course.

17. The Sub-committee heard testimony from: the Canadian Weightlifting Federation, the Sports Federation of Canada, Athletics Canada and the Coaching Association of Canada.

APPENDIX B

EXTRACT

Minutes of Proceedings of the Sub–Committee on Fitness and Amateur Sport

THURSDAY, OCTOBER 4, 1990
(20)

John Brewin moved, – That the Sub–Committee ask the Minister of State, Fitness and Amateur Sport, to establish an independent arbitration into the case of Mr. Kulesza, if he applies for arbitration.

The question being put on the motion, it was agreed to unanimously.

ATTEST

Clairette Bourque

Clerk of the Sub–Committee

APPENDIX C

LIST OF WITNESSES

	ISSUE NO.	DATE
Alwyn Morris Education and Athletic Foundation	11	May 7, 1990
Alwyn Morris, Founder and President		
Athletics Canada (former Canadian Track and Field Association)		
Paul-François Dupré, President and Chief Executive Officer	7 13	March 19, 1990 July 25, 1990
Jean-Guy Ouellette, Chairman of the Board of Directors	13	July 25, 1990
***Bowker, Deborah** (Track and Field)	10	April 23, 1990
Canadian Association for Health, Physical Education and Recreation	10	April 30, 1990
Thomas Bedecki, Executive Director		
Canadian Canoe Association	9	April 9, 1990
David Egan, Commodore Mike Chambers, Past Commodore (1986-1988) Kerry T. Moynihan, Executive Director		
Canadian Colleges Athletic Association	5	February 19, 1990
Glenn Ruiter, President Bill Dean, Vice-President Administration Clare Gillespie, Executive Director		
Canadian Figure Skating Association	4	February 12, 1990
David Dore, Director General John McKay, Finance Chairman		

	ISSUE NO.	DATE
Canadian Interuniversity Athletic Union	4	February 12, 1990
Leon Abbott, President Gail Blake, Member of the Board of Directors Robert W. Pugh, Executive Vice-President		
Canadian Lacrosse Association	3	February 5, 1990
William Hutton, Chairman of the Board Guy Mercier, Executive Director		
Canadian Olympic Association	9	April 9, 1990
Greg Mathieu, Director of Operations		
Canadian Ski Association	5	February 19, 1990
Jim Berwick, President		
Canadian Sport and Fitness Administration Centre	6	March 6, 1990
Wilf Wedmann, President		
Canadian Weightlifting Federation	13	July 25, 1990
Dan Steinwald, General Manager Richard Campion, Vice-President, Technical		
Coaching Association of Canada		
Geoff Gowan, President	8	April 2, 1990
John D. Bales, Vice-President, Technical	8 13	April 2, 1990 July 26, 1990
Fitness and Amateur Sport, Office of the Minister of State		
Honourable Jean Charest, Minister of State (Fitness and Amateur Sport)	2	December 18, 1989
Lyle Makosky, Assistant Deputy Minister	12	June 14, 1990
Abby Hoffman, Director General, Sport Canada	12	June 14, 1990
***Irvin, Bernard** (Canoe)	10	April 23, 1990
Kulesza, Andrzej (former National Coach of the Canadian Weightlifting Federation)	14	October 4, 1990
Mohawk Council of Kahnawake, Quebec	11	May 7, 1990
Joseph Norton, Grand Chief		

	ISSUE NO.	DATE
***Morin, Janet** (Gymnastics)	10	April 23, 1990
Ontario Federation of School Athletic Associations	8	April 2, 1990
Andy Gibson, Executive Director		
PARTICIPaction	7	March 19, 1990
Russ Kisby, President Richard H. Oland, Chairman François Lagarde, General Manager		
***Ponting, Tom** (Swimming)	10	April 23, 1990
***Sasseville, Lorna** (Cross Country Ski)	10	April 23, 1990
Sports Federation of Canada		
Allan Rae, President	13	July 25, 1990
Hugh Fraser, Past President	1 13	December 4, 1989 July 25, 1990
Margaret Barber, Executive Director	1 13	December 4, 1989 July 25, 1990

*** Appeared in camera, as individual**

APPENDIX D

LIST OF SUBMISSIONS

Alberta Recreation and Parks

Alwyn Morris Education and Athletic Foundation

Athletics Canada (former Canadian Track and Field Association)

Canadian Association for Health, Physical Education and Recreation

Canadian Canoe Association

Canadian Colleges Athletic Association

Canadian Figure Skating Association

Canadian Interuniversity Athletic Union

Canadian Lacrosse Association

Canadian Olympic Association

Canadian Ski Association

Canadian Sport and Fitness Administration Centre

Coaching Association of Canada

Kulesza, Andrzej (former National Coach of the Canadian Weightlifting Federation)

Littlechild, Wilton, M.P. (Wetaskiwin)

National Alpine Ski Team

New Brunswick Minister of Tourism, Recreation and Heritage

Ontario Federation of School Athletic Associations

PARTICIPaction

Sports Federation of Canada

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the Government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issues No. 1 to No. 14 of the Sub–Committee on Fitness and Amateur Sport and Issue No. 47 of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BOB PORTER
Chairman

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 4, 1990
(57)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:33 o'clock a.m., this day, in Room 371, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Acting Members present: Edna Anderson for Stanley Wilbee; Joe Fontana for Albina Guarnieri; Jim Karpoff for Joy Langan.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Luc Fortin, Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Committee commenced consideration of the Report of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport.

It was agreed,—That the Report of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport be adopted as the Second Report of the Standing Committee and that the Chairman be instructed to present the said Report to the House.

It was agreed,—That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to its Second Report.

It was agreed,—That the Committee print 1000 copies of its Second Report in tumble bilingual format with a distinctive cover page.

At 10:32 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 4 DÉCEMBRE 1990
(57)

[*Texte*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 33, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Membres suppléants présents: Edna Anderson remplace Stanley Wilbee; Joe Fontana remplace Albina Guarnieri; Jim Karpoff remplace Joy Langan.

Aussi présents: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Luc Fortin, Odette Madore et Joan Vance, attachés de recherche.

Le Comité commence l'étude du rapport du Sous-Comité sur la condition physique et le sport amateur.

Il est convenu,—Que le rapport du Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur soit adopté à titre de deuxième rapport du Comité permanent et que le président reçoive instruction de présenter ledit rapport à la Chambre.

Il est convenu,—Que, en vertu de l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à son deuxième rapport.

Il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer, tête-bêche, dans les deux langues officielles, 1000 exemplaires de son deuxième rapport, avec une page couverture distinctive.

À 10 h 32, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

DEMANDE D'UNE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

En vertu de l'article 109 du Règlement, votre Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicules n^{os} 1 à 14 du Sous-comité sur la Condition physique et le Sport amateur et le fascicule n^{o} 47 du Comité permanent de la Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième Age et de la Condition féminine qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

BOB PORTER

ANNEXE D

LISTE DES MÉMOIRES

Alberta Recreation and Parks

Association canadienne de canotage

Association canadienne de crosse

Association canadienne de patinage artistique

Association canadienne des entraîneurs

Association canadienne de ski

Association canadienne du sport collégial

Association canadienne pour la santé, l'éducation physique et le loisir

Association olympique canadienne

Athlétisme Canada (anciennement l'Association canadienne d'athlétisme)

Centre canadien d'administration du sport et de la condition physique

Équipe nationale de ski alpin

Fédération des associations du sport scolaire de l'Ontario

Fédération des sports du Canada

Fondation Alwyn Morris pour l'éducation et l'athlétisme

Kulesza, Andrzej (ancien entraîneur national de la Fédération haltérophile canadienne)

Nouveau-Brunswick, ministre du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine

Littlechild, Wilton, député (Wetaskiwin)

PARTICIPaction

Union sportive interuniversitaire canadienne

	FASCICULE N^{O}	DATE
Fédération des sports du Canada		
Allen Rae, président	13	le 25 juillet 1990
Hugh Fraser, ancien président	1	le 4 décembre 1989
	13	le 25 juillet 1990
Margaret Barber, directrice administrative	1	le 4 décembre 1989
	13	le 25 juillet 1990
Fédération haltérophile canadienne	13	le 25 juillet 1990
Dan Steinwald, directeur général Richard Campion, vice-président technique		
Fondation Alwyn Morris pour l'éducation et l'athlétisme	11	le 7 mai 1990
Alwyn Morris, fondateur et président		
***Irvin, Bernard** (canotage)	10	le 23 avril 1990
Kulesza, Andrzej (ancien entraîneur national de la Fédération haltérophile canadienne)	14	le 4 octobre 1990
***Morin, Janet** (gymnastique)	10	le 23 avril 1990
PARTICIPaction	7	le 19 mars 1990
Russ Kisby, président Richard H. Oland, président du Conseil François Lagarde, directeur général		
***Ponting, Tom** (natation)	10	le 23 avril 1990
***Sasseville, Lorna** (ski de fond)	10	le 23 avril 1990
Union sportive interuniversitaire canadienne	4	le 12 février 1990
Leon Abbott, président Gail Blake, membre du conseil Robert W. Pugh, vice-président à l'administration		

*** a comparu à huis clos, à titre particulier**

	FASCICULE N^{O}	DATE
Association canadienne pour la santé, l'éducation physique et le loisir	10	le 30 avril 1990
Thomas Bedecki, directeur administratif		
Association olympique canadienne	9	le 9 avril 1990
Greg Mathieu, directeur des opérations		
Athlétisme Canada (anciennement l'Association canadienne d'athlétisme)		
Paul-François Dupré, président et directeur général	7	le 19 mars 1990
	13	le 25 juillet 1990
Jean-Guy Ouellette, président du conseil d'administration	13	le 25 juillet 1990
***Bowker, Deborah** (athlétisme)	10	le 23 avril 1990
Centre canadien d'administration du sport et de la condition physique	6	le 6 mars 1990
Wilf Wedmann, président		
Condition physique et Sport amateur, Bureau du ministre d'État		
L'honorable Jean Charest, ministre d'État (Condition physique et Sport amateur)	2	le 18 décembre 1989
Lyle Makosky, sous-ministre adjoint	12	le 14 juin 1990
Abby Hoffman, directeur général, Sport Canada	12	le 14 juin 1990
Conseil Mohawk de Kahnawake	11	le 7 mai 1990
Joseph Norton, Grand chef		
Fédération des associations du sport scolaire de l'Ontario	8	le 2 avril 1990
Andy Gibson, directeur administratif		

ANNEXE C

LISTE DES TÉMOINS

	FASCICULE N^{O}	DATE
Association canadienne de canotage	9	le 9 avril 1990
David Egan, président Mike Chambers, ancien président (1986–1988) Kerry T. Moynihan, directeur administratif		
Association canadienne de crosse	3	le 5 février 1990
William Hutton, président du Conseil Guy Mercier, directeur administratif		
Association canadienne de patinage artistique	4	le 12 février 1990
David Dore, directeur général John McKay, président des Finances		
Association canadienne des entraîneurs		
Geoff Gowan, président	8	le 2 avril 1990
D. Bales, vice–président technique	8 13	le 2 avril 1990 le 26 juillet 1990
Association canadienne de ski	5	le 19 février 1990
Jim Berwick, président		
Association canadienne du sport collégial	5	le 19 février 1990
Glenn Ruiter, président Bill Dean, vice–président, Administration Clare Gillespie, directrice administrative		

ANNEXE B

EXTRAIT

Procès-verbaux du Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur

LE JEUDI 4 OCTOBRE 1990
(20)

John Brewin propose,—Que le Sous-comité demande au ministre d'État chargé de la Condition physique et du Sport amateur de nommer un arbitre indépendant pour étudier le cas de M. Kulesza, si ce dernier réclame l'arbitrage.

La motion est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

ATTESTÉ

La greffière du Sous-comité

Clairette Bourque

Toute latitude devra être donnée à l'organisme approprié pour réglementer la certification des entraîneurs. Le Sous-comité est très intéressé par ces propositions et leur accordera priorité à l'automne prochain.

16. Même si la question des sanctions a beaucoup retenu l'attention, il ne faut pas oublier les autres recommandations de la Commission Dubin. Celle-ci propose au gouvernement et aux organismes sportifs de modifier en profondeur leurs orientations. Le Sous-comité examinera ces recommandations à l'automne et remettra son rapport au Comité permanent et au gouvernement en temps opportun.

17. Le Sous-comité a entendu les témoignages de la Fédération haltérophile canadienne, de la Fédération des sports du Canada, d'Athlétisme Canada et de l'Association canadienne des entraîneurs.

sports doivent donner aux entraîneurs et autres personnes pris en faute, la possibilité d'en appeler auprès d'un arbitre indépendant, de la même façon qu'il est permis aux athlètes de le faire (rec. 46).

f. comme condition de réintégration, l'athlète suspendu doit accepter de subir des contrôles antidopage durant sa période de suspension (rec. 50).

12. Dans l'esprit des principes sanctionnés ci-dessus, le Sous-comité appuie la suppression à vie des subventions gouvernementales directement consenties aux personnes nommées dans le rapport de la Commission Dubin, sous réserve de leur droit d'en appeler auprès d'un arbitre indépendant (rec. 51-70).

13. Par souci d'équité, le gouvernement devrait donner à ceux qui sont visés dans le rapport de la Commission Dubin, la possibilité de se prononcer sur les mesures proposées. À l'automne, le Sous-comité permettra à nouveau aux intéressés d'apporter des clarifications, s'ils l'estiment nécessaire.

14. De l'avis de certains témoins qui ont comparu devant le Sous-comité, le gouvernement et les organisations sportives devraient «uniformiser» leurs sanctions. Il y aurait peut-être lieu d'entamer des discussions à ce sujet. Les sanctions prévoyant la suspension permanente de l'aide financière consentie par le gouvernement ne devraient toutefois pas être adoucies uniquement pour des raisons d'uniformisation. Si les organisations sportives renforcent leurs sanctions conformément aux recommandations de la Commission Dubin, le gouvernement pourrait envisager de rajuster les siennes. Il convient toutefois de signaler que, dans certains cas, les sanctions sont déjà comparables. L'application de sanctions sévères pour toute infraction aux règles antidopage devrait être la ligne de conduite générale.

15. Le rôle des entraîneurs dans le domaine du sport est crucial. Des propositions sont présentement à l'étude afin de renforcer l'importance de la certification des entraîneurs. L'une des suggestions formulées est d'exiger que les entraîneurs signent un contrat qui les oblige à se conformer aux politiques antidopage. Une autre suggestion est que, dans le cadre de sa politique de contrôle antidopage, le gouvernement demande aux organisations sportives, comme condition au financement du gouvernement, d'interdire l'embauche d'entraîneurs dont la certification a été retirée ou refusée en raison de violation des règlements antidopage ou de permettre aux athlètes sous la supervision de ces entraîneurs de participer à des activités d'organisations sportives financées par le gouvernement.

10. Les organismes nationaux de sport doivent avoir l'entière responsabilité des décisions relatives à l'admissibilité, à la sélection des équipes nationales et à la participation aux épreuves (rec. 7). Le gouvernement doit indiquer clairement qu'il ne retirera ni ne réduira l'aide financière sous le prétexte qu'un organisme s'est mal acquitté de cette responsabilité.

11. Toutefois, le gouvernement doit, dans le cadre de son programme d'aide financière, exiger que les organismes nationaux de sport s'acquittent des responsabilités énoncées au paragraphe 10 sous réserve des conditions suivantes, conditions dont le non-respect entraînera le retrait ou une réduction de l'aide financière accordée à l'organisation :

    a. conformément à la recommandation formulée par le commissaire Dubin et entérinée par les organismes de sport ayant comparu devant le Sous-comité, un mécanisme de règlement des griefs et d'arbitrage doit être établi pour permettre aux personnes suspendues d'interjeter appel devant un arbitre indépendant acceptable aux deux parties (rec. 38), qui aura le pouvoir de prendre une décision finale en la matière et de modifier les sanctions imposées (rec. 42);

    b. aucune sanction ou infraction qui n'existait pas à la date où une infraction a été commise ne peut être imposée ou établie rétroactivement; les sanctions imposées ne doivent pas excéder celles qui étaient prévues en vertu des règlements existant à cette date (rec. 40);

    c. les organisations sportives doivent établir, pour les infractions futures, des politiques plus sévères que celles qui existent actuellement; elles doivent aussi presser leurs fédérations internationales à imposer à l'avenir des sanctions plus sévères (rec. 48). Nous tenons à féliciter la Fédération haltérophile canadienne pour les mesures qu'elle a prises à cet égard.

    d. les organismes de sports doivent adopter des politiques antidopage satisfaisant aux exigences gouvernementales et être conscients que toute omission de leur part à cet égard risque de les priver de subventions gouvernementales (rec. 43 et 44). Le Sous-comité demande au Ministre de lui remettre des copies desdites politiques.

    e. les sanctions imposées aux entraîneurs et autres personnes à l'emploi d'organismes de sports, qui contreviennent aux règles antidopage, doivent être au moins aussi sévères que celles s'appliquant aux athlètes coupables d'infractions semblables (rec. 45 et 49); Sports Canada et les organismes de

6. Le gouvernement devrait limiter les sanctions imposées aux individus à son aide financière «directe» et non les étendre aux fonds administrés par les organisations sportives ou à ceux fournis indirectement dans le cadre de son aide financière à ces organisations. En vertu de la politique antidopage de 1985, le gouvernement a cherché, pour les infractions de dopage, à imposer sa norme de la suspension à vie applicable à l'aide «indirecte» ainsi qu'à l'aide «directe» accordée aux athlètes et à d'autres. Il devrait abandonner cette position aussi bien pour les infractions passées que pour les infractions à venir et ne pas chercher à imposer indirectement, par l'octroi ou le retrait de son aide, sa notion de ce qui constitue des sanctions appropriées sur le plan de la participation et de la sélection. Cela ne lui interdit pas d'exiger des organisations sportives, comme condition préalable à son aide, des politiques antidopage rigoureuses. Bien au contraire, comme il est précisé ci-après.

7. Le gouvernement doit s'assurer que les organismes auxquels il fournit des fonds, comme les organismes nationaux de sport, les organismes concessionnaires multi-sports et les organismes de service multi-sports, appliquent des politiques antidopage efficaces. La Commission Dubin a recommandé avec raison que le gouvernement établisse des critères selon lesquels l'aide financière fournie à un organisme de sport soit suspendue si celui-ci n'a pas pris toutes les mesures raisonnables pour que ses membres ne commettent pas d'infractions en matière de dopage et que le gouvernement suspende toute aide financière aux organismes de sport qui ne veillent pas à ce que les personnes relevant de leur compétence respectent les politiques antidopage. (Rec. 43 et 44.)

8. Le gouvernement devrait retirer à toute personne qui enfreint les règles antidopage l'aide financière directe offerte, par exemple, dans le cadre du Programme d'aide aux athlètes.

9. L'aide financière gouvernementale directe devrait être suspendue à vie, mais l'athlète aurait le droit de demander que la peine soit modifiée, dans les circonstances particulières énoncées par le commissaire Dubin. Tel que recommandé, il reviendrait à l'athlète de faire la preuve du bien-fondé de ce changement (rec. 42). La seule nouveauté de cette recommandation c'est qu'au lieu d'interjeter appel auprès du ministre, l'athlète s'adressera à un arbitre indépendant.

ANNEXE A

Le 26 juillet 1990

RÉSOLUTION :

Le président est chargé d'écrire au ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur pour lui faire savoir que le Sous-comité a étudié les recommandations de la Commission Dubin au sujet des sanctions à imposer aux contrevenants à la politique antidopage du gouvernement et qu'il a entendu les témoignages. Le Sous-comité a formulé les commentaires suivants, qu'il charge le président de communiquer au Ministre :

1. Le Sous-comité exhorte le gouvernement de mettre en application sans délai les principes énoncés dans les recommandations de la Commission Dubin à propos des sanctions.

2. Comme le faisait observer le commissaire Dubin, il importe de «faire une distinction entre les sanctions actuelles et celles qui sont susceptibles d'être adoptées à l'avenir, de même qu'entre les sanctions touchant l'admissibilité aux compétitions et celles qui concernent l'admissibilité à l'aide financière de Sports Canada». (Rapport Dubin, p. 626.)

3. Pour les infractions commises jusqu'ici, les sanctions infligées tant par le gouvernement que par les organismes de sport devraient être celles prévues au moment de l'infraction.

4. Le gouvernement devrait chercher à s'assurer que les sanctions des organismes sportifs soient plus sévères à l'avenir. (Recommandation 48.)

5. Les recommandations de la Commission Dubin visent à clarifier la ligne de démarcation entre les responsabilités du gouvernement, par l'intermédiaire de Sports Canada, et celles des organismes nationaux de sport. Le gouvernement devrait se limiter, dans chaque cas individuel, à décider du maintien ou du retrait de son aide directe à la personne en cause. Il devrait appartenir aux organisations sportives de décider de l'admissibilité et de la participation de celle-ci y compris au sein des équipes qui représentent le Canada.

35. Que Sport Canada se détache des activités et des organismes axés sur un sport particulier et coopère avec les organismes multidisciplinaires, comme l'Association canadienne des entraîneurs et l'Association olympique canadienne.

36. Que Sport Canada continue à aider les organismes nationaux de sport qui ont besoin d'appui pour perfectionner leurs compétences administratives.

37. Que le système d'éducation favorise la progression des athlètes en enseignant les rudiments de l'athlétisme (la coordination, la course, le saut, etc.). La promotion du sport devrait se faire à tous les niveaux, depuis l'école primaire jusqu'au niveau postsecondaire. Le système d'éducation devrait encourager les Canadiens à faire du sport toute leur vie, et promouvoir ainsi une société plus active et en santé.

38. Que soit maintenu l'effort concerté de la part du gouvernement fédéral en vue d'assurer la coordination d'une politique et d'initiatives propres à favoriser le dialogue entre les organismes nationaux de sport, les gouvernements provinciaux, les organismes provinciaux de sport ainsi que les organismes municipaux et régionaux pour le développement du sport au Canada.

39. Que soit créé un Comité permanent de la condition physique et du sport amateur.

40. Que l'on modifie la *Loi sur la condition physique et le sport amateur*.

25. Que le gouvernement fédéral assume un rôle moins prépondérant dans la gestion quotidienne des sports et que les organismes nationaux de sport puissent bénéficier du degré d'autonomie voulu pour gérer eux-mêmes les ressources publiques qui leur sont allouées.

26. Que soit créé le Conseil canadien des sports.

27. Que la première étape du processus de consultation porte sur la conception d'une nouvelle structure d'octroi des subventions et d'élaboration de la politique.

28. Que le Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur participe à la conception de la nouvelle structure.

29. Que le ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur entreprenne une étude sur l'à-propos de créer une nouvelle structure d'allocation des fonds et d'élaboration de la politique.

30. Que le rôle du gouvernement fédéral soit défini dans le cadre du processus de consultation.

31. Que la politique du gouvernement fédéral concernant les organismes multidisciplinaires et les grandes associations de jeux soit conçue de manière à répondre aux besoins collectifs des organismes nationaux de sport et à leur permettre d'utiliser efficacement les services offerts par ces groupes.

32. Que le ministre des Finances prépare une étude sur les mesures fiscales se rapportant aux dons de charité et formule des propositions visant la création de stimulants fiscaux applicables au domaine du sport amateur.

33. Que le gouvernement fédéral continue à jouer un rôle de premier plan et à exercer son leadership dans la communauté sportive internationale et que les orientations qu'il prend tiennent compte des commentaires des organismes multidisciplinaires ainsi que de ceux des athlètes et des organismes directement intéressés.

34. Que la reconnaissance des disciplines sportives aux niveaux international et olympique soit le résultat de sérieuses consultations des organismes nationaux de sport, des athlètes et des organismes multidisciplinaires, lesquelles permettraient d'étudier la question et de formuler des conseils à l'intention du gouvernement.

encourager et imposer la pratique de l'athlétisme amateur sans drogue à tous les échelons (local, national et international). À titre de principal organe concernant les tests et la politique antidopage, il devrait intensifier ses efforts de recherche sur les questions se rapportant à son mandat. Pour pouvoir demeurer impartial, il devrait en outre continuer d'être indépendant des organismes nationaux de sport.

20. Que le système d'accréditation soit administré par un organisme multidisciplinaire et qu'il soit fondé sur l'apprentissage de connaissances sportives générales. Il s'agirait de la base du programme de formation, lequel se concentrerait ensuite sur un sport en particulier, selon les besoins de chacun des organismes nationaux de sport.

21. Que des stimulants soient accordés aux entreprises et aux employeurs qui adoptent des mesures spéciales pour permettre à leurs employés de s'occuper bénévolement d'un organisme sportif.

22. Que des programmes tels les Jeux du Canada (d'été et d'hiver), PARTICIPaction et Athlètes-maîtres, qui ont des adeptes dans toutes les régions du Canada et qui encouragent la promotion de l'unité, de l'identité et de la fierté nationales soient développés.

23. Que l'octroi d'une aide financière aux athlètes relève des organismes nationaux de sport. Le financement devrait dépendre des capacités de l'athlète d'atteindre un niveau de performance supérieur, de ses besoins financiers et de son calibre (international aussi bien que national), d'après les critères établis par l'organisme national de sport visé.

24. Que la contribution du gouvernement fédéral dans le secteur des sports soit reconnue comme bénéfique à la société canadienne, car elle est un facteur d'unité et de fierté. En conséquence, le gouvernement fédéral doit continuer de participer au financement du système sportif. En réalité, le gouvernement devrait envisager l'opportunité d'accroître son soutien financier dans le domaine du sport. Parallèlement, il semble nécessaire de prévoir une meilleure planification et une coordination plus efficace des ressources publiques en vue de leur allocation. Il incombe donc aux organismes nationaux de sport d'utiliser les fonds publics conformément à de bonnes pratiques de gestion.

11. Que le gouvernement exige que tous les organismes recevant des fonds fédéraux établissent des méthodes équitables pour l'application des mesures et des décisions touchant les athlètes et les autres intéressés.

12. Que lesdites méthodes prévoient un mécanisme d'arbitrage des conflits par un tiers indépendant.

13. Que le gouvernement fédéral accepte la recommandation du rapport Dubin demandant que les appels ne soient plus présentés au ministre, mais à un arbitre indépendant.

14. Que les organismes nationaux de sport aient l'autonomie et l'indépendance nécessaires pour gérer tous les programmes et toutes les activités liées à leur sphère de compétence.

15. Qu'il y ait un processus continu de consultation entre tous les groupes de la communauté sportive afin de permettre aux représentants des sports de se réunir périodiquement pour discuter de questions d'intérêt commun. Les membres des communautés autochtones et d'autres groupes ayant des intérêts et des besoins particuliers devraient être invités à participer à l'élaboration du processus.

16. Que le ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur indique qu'il est disposé à partager son leadership avec un groupe consultatif formé de représentants des athlètes, des entraîneurs, des organismes nationaux de sport, des organismes multidisciplinaires et de la communauté sportive.

17. Qu'un conseil consultatif soit créé et qu'il dispose de l'autorité et de l'autonomie nécessaires pour assurer et coordonner le leadership et la direction dans le sport amateur.

18. Que soit établi un mécanisme approprié, assorti de protocoles de tests permettant le dépistage des infractions. Le Sous-comité soutient que les lois du Canada, des provinces et des territoires doivent être respectées, tout comme les droits, la dignité et l'intégrité de la personne, et que les responsabilités de chacun doivent être clairement définies.

19. Que le mandat actuel du Conseil canadien de la médecine sportive soit élargi, afin que ce dernier puisse devenir l'organisme central chargé de faire appliquer la politique antidopage. Le Conseil devrait aussi fournir aux organismes nationaux de sport les connaissances dont ils ont besoin pour

LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. Que l'athlète soit l'élément essentiel et la raison d'être de toute activité liée aux examens, aux évaluations et aux programmes.

2. Qu'on encourage la recherche de l'excellence à tous les niveaux de compétition. Cependant, bien que l'obtention de médailles soit d'une importance critique pour les athlètes d'élite en tant que mesure de leur performance internationale, il incombe à chaque organisme national de sport de déterminer la pertinence des efforts consentis à cette fin.

3. Que l'organisme national de sport travaille de concert avec l'athlète et les médias en vue de promouvoir tant l'athlète que le sport.

4. Que les athlètes soient davantage mis en valeur, par exemple en faisant des exposés ou en participant à des conférences.

5. Que le rôle des médias soit reconnu et mis en valeur par l'intermédiaire du Conseil du marketing du sport et au moyen d'activités sportives particulières.

6. Qu'un secrétariat relevant de Sport Canada soit créé pour favoriser la tenue de compétitions permettant aux athlètes handicapés de se mesurer aux autres d'égal à égal.

7. Que la représentation égale des hommes et des femmes dans le sport soit favorisée par un secrétariat relevant de Sport Canada.

8. Qu'un secrétariat soit créé pour encourager les autochtones à participer davantage aux compétitions sportives nationales et internationales.

9. Qu'on étudie en profondeur la question des centres multidisciplinaires ainsi que leurs coûts et leurs avantages.

10. Que les organismes de sport et les divers organismes financés par le gouvernement fédéral soient tenus de s'assurer que les athlètes et les autres intéressés connaissent parfaitement leurs droits et puissent les exercer sans être lésés.

Le Sous-comité accepte cet argument et recommande par conséquent :

39. Que soit créé un Comité permanent de la condition physique et du sport amateur.

Le Comité servirait de tribune politique et ferait partie du processus de «liaison et de leadership», réputé favoriser la progression du système du sport amateur au Canada. Sa contribution permettra de régler les différends qui existent entre les divers organismes et les groupes à intérêt particulier qui montrent la voie aux millions de Canadiens participant, directement et indirectement, au sport amateur.

H. La Loi

D'après les mémoires que le Sous-comité a reçus et les témoignages qu'il a entendus, il semble que l'amélioration du système sportif canadien exige la modification des politiques et des programmes concernant le sport amateur. De plus, compte tenu des recommandations formulées dans le présent rapport, le Sous-comité recommande :

40. Que l'on modifie la «Loi sur la condition physique et le sport amateur».

Dans son mémoire, le ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine du Nouveau-Brunswick a indiqué qu'il appuyait la notion d'un mécanisme amélioré de consultation et de collaboration, d'un leadership partagé et d'un partenariat.[24] Le ministère albertain a précisé que les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les organismes sportifs provinciaux et territoriaux devraient avoir la possibilité de contribuer davantage à l'élaboration de stratégies futures dans le domaine du sport.[25]

Le Sous-comité souscrit entièrement à cette opinion. Il estime également que, malgré la diversité des intérêts en jeu, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient intensifier leur dialogue afin de permettre une meilleure intégration et une meilleure coordination du sport aux niveaux national et provincial.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

38. Que soit maintenu l'effort concerté de la part du gouvernement fédéral en vue d'assurer la coordination d'une politique et d'initiatives propres à favoriser le dialogue entre les organismes nationaux de sport, les gouvernements provinciaux, les organismes provinciaux de sport ainsi que les organismes municipaux et régionaux pour le développement du sport au Canada.

G. Comité permanent

Des interventions récentes de la part du gouvernement dans le domaine du sport, ainsi que les ressources humaines et financières consacrées aux principales manifestations sportives, témoignent de l'intérêt d'un nombre accru de secteurs envers la politique publique du sport. Les athlètes, les ONS, les organismes multidisciplinaires et de service s'efforcent tous d'influencer la politique gouvernementale de même que les décisions concernant les programmes sportifs. Une telle participation nécessite l'établissement de diverses voies de communication entre le gouvernement et les représentants de la communauté sportive. La complexité des questions nécessite également la mise sur pied de structures propres à faciliter le partage de l'information entre les participants au processus de prise de décision en matière de sport. Certains témoins ont indiqué au Sous-comité que le sport, en tant que phénomène social et culturel, doit être jusqu'à un certain point institutionnalisé dans l'intérêt public national. L'intervention fédérale accrue dans ce secteur ainsi que l'obligation de rendre compte exigent un examen minutieux aux niveaux exécutif et législatif.

---

[24] Nouveau-Brunswick, Tourisme, Loisirs et Patrimoine, mémoire, p. 1-2.

[25] *Alberta Recreation and Parks,* mémoire, p. 1.

planification et à la programmation sportives. La *Loi sur la condition physique et le sport amateur* est considérée principalement comme une politique fédérale en matière de sport. Certains témoins estiment qu'il ne s'agit pas d'une politique nationale parce qu'elle ne fait aucune mention des responsabilités provinciales. Au cours des années, le gouvernement fédéral s'est accaparé le sport d'élite et a laissé le secteur du sport récréatif aux provinces. Cette division des responsabilités dans l'évolution des programmes gouvernementaux a donné lieu à une absence de coordination entre les divers paliers de gouvernement. Le gouvernement fédéral continue à avoir la mainmise sur la conception et l'élaboration de la politique en matière de sport.

Certains mécanismes destinés à améliorer la communication entre les deux paliers de gouvernement ont déjà été instaurés. Les réunions provinciales-territoriales des sous-ministres responsables du sport et des loisirs et la conférence fédérale-provinciale-territoriale annuelle des ministres responsables du sport et des loisirs restent des moyens d'échange utiles. Depuis 1983, les représentants gouvernementaux se sont penchés sur les activités de Sport Canada, sur la contribution des femmes à la politique en matière de sport, sur le rôle du Conseil du marketing du sport et sur les loisirs comme moyen de promouvoir la santé. En 1988, la conférence des ministres a également confirmé le deuxième cycle de l'accueil des Jeux du Canada; ils ont convenu que chaque province aura l'occasion d'accueillir les Jeux une deuxième fois d'ici l'an 2005. Le Groupe de travail reconnaît que la collaboration entre les provinces est essentielle si l'on veut assurer un système sportif mieux intégré et recommande d'«(...) intégrer les programmes de progression de l'athlète aux niveaux national, provincial et local ou au niveau du club, et par là, avoir pour résultat des plans intégrés nationaux et provinciaux et la régularité du financement et du soutien des programmes par les gouvernements fédéral et provinciaux.»[23]

Le Sous-comité a invité les gouvernements provinciaux et territoriaux à lui communiquer leurs commentaires sur le rapport du Groupe de travail. Les ministères responsables du sport en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve et au Labrador, dans les Territoires du Nord-Ouest, en Ontario et au Yukon ont répondu à l'invitation. *Alberta Recreation and Parks,* le ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine du Nouveau-Brunswick et le ministère des Affaires municipales et communautaires des Territoires du Nord-Ouest ont envoyé chacun un mémoire au Sous-comité. Les autres ministres provinciaux et territoriaux ont rappelé qu'il avait été convenu, à la conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres, en octobre 1989, de reporter l'examen du rapport du Groupe de travail jusqu'à la publication du rapport de la Commission Dubin et de tenir des consultations par la suite.

---

[23] Rapport du Groupe de travail, p. 32.

responsables des compétitions nationales et internationales d'étudiants-athlètes dans les établissements postsecondaires. Il est révélateur qu'une forte proportion d'athlètes au Canada est composée d'étudiants. D'après M. Leon Abbott, président de l'Union sportive interuniversitaire canadienne, le système scolaire est prêt et disposé à coopérer avec les différents secteurs de la communauté sportive. Par ailleurs, d'après M. Glenn Ruiter, président de l'Association canadienne du sport collégial, il faut reconnaître que le système d'éducation est un important intervenant dans la promotion, le développement et la présentation du sport amateur au Canada.[22] Cependant, ils ont tous les deux fait état de la nécessité de préserver l'autonomie et l'optique des établissements d'enseignement. Par exemple, comme leurs programmes englobent à la fois les activités scolaires et sportives, il devrait en résulter un système sportif mieux intégré.

Le Sous-comité considère que le système d'éducation est un élément très important de l'édification d'un système sportif national. Ses membres reconnaissent qu'il s'agit, dans une grande mesure, d'un domaine de compétence provinciale et qu'il faut faire affaire avec dix ministères du sport, mais ils considèrent important de tâcher d'intégrer le système scolaire au développement général des sports. Il importe également de reconnaître que de nombreuses installations pourraient être mises à la disposition de la collectivité. Le système d'éducation permet d'atteindre un très grand nombre de jeunes Canadiens parce que c'est là qu'ils se trouvent. De plus, le système d'éducation est une source première d'information, qui permet d'inculquer des notions de sport aux jeunes Canadiens.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

37. Que le système d'éducation favorise la progression des athlètes en enseignant les rudiments de l'athlétisme (la coordination, la course, le saut, etc.). La promotion du sport devrait se faire à tous les niveaux, depuis l'école primaire jusqu'au niveau postsecondaire. Le système d'éducation devrait encourager les Canadiens à faire du sport toute leur vie, et promouvoir ainsi une société plus active et en santé.

F. Relations fédérales-provinciales

D'après notre description du système sportif canadien, la responsabilité du sport est à la fois fédérale et provinciale. Les gouvernements provinciaux exercent leur compétence dans le secteur de l'éducation et dans celui des affaires municipales qui ont trait à la

---

[22] *Procès-verbaux et témoignages* du Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur, fascicule n° 5, p. 5:21.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

35. Que Sport Canada se détache des activités et des organismes axés sur un sport particulier et coopère avec les organismes multidisciplinaires, comme l'Association canadienne des entraîneurs et l'Association olympique canadienne.

D'après certains témoins, il faut encourager et accroître les capacités des ONS afin qu'ils deviennent plus efficaces sur le plan national. Le Sous-comité propose que le gouvernement participe à l'amélioration de l'administration du sport. Une administration avisée permettra d'assurer une allocation efficace des ressources, propre à offrir aux athlètes le meilleur appui technique à long terme.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

36. Que Sport Canada continue à aider les organismes nationaux de sport qui ont besoin d'appui pour perfectionner leurs compétences administratives.

E. Rôle du système d'éducation

Au cours des audiences, on a signalé que l'éducation physique dispensée dans les écoles primaires et secondaires au Canada est insuffisante, bien que l'on dispose des ressources matérielles et humaines nécessaires. Le secteur de l'éducation est non seulement responsable de la réussite scolaire mais aussi de la promotion de la bonne forme physique. L'école est l'endroit tout indiqué pour améliorer la condition physique. Or, les incitatifs en ce sens ne sont pas suffisants. Par exemple, en Ontario, on n'exige qu'un crédit en éducation physique au niveau secondaire, même si des enseignants se spécialisent dans ce domaine. Les écoles secondaires doivent servir d'assises au système sportif, si l'on veut enregistrer une amélioration dans le domaine du sport au Canada.

D'après certains témoins, le rapport du Groupe de travail ne tient pas vraiment compte du système d'éducation. Ils trouvent cela regrettable puisque, théoriquement, ce système devrait promouvoir une méthode globale de développement des jeunes et des athlètes. Des témoins ont indiqué que le Groupe de travail ne reconnaît que de façon limitée l'athlétisme intercollégial et interuniversitaire. Les établissements d'enseignement postsecondaire peuvent jouer un rôle important au sein du système sportif, même s'ils s'occupent principalement du sport pratiqué à l'intérieur du pays. L'Union sportive interuniversitaire canadienne et l'Association canadienne du sport collégial sont

tiennent compte des commentaires des organismes multidisciplinaires ainsi que de ceux des athlètes et des organismes directement intéressés.

Le Sous-comité tient à exprimer des réserves à propos des déclarations récentes du Comité international olympique au sujet d'une réduction du nombre de disciplines admissibles aux Jeux olympiques. Le Sous-comité est d'avis qu'il devrait y avoir des consultations générales entre les organismes gouvernementaux et la communauté sportive afin de déterminer la position que le Canada devrait adopter à ce sujet.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

34. **Que la reconnaissance des disciplines sportives aux niveaux international et olympique soit le résultat de sérieuses consultations des organismes nationaux de sport, des athlètes et des organismes multidisciplinaires, lesquelles permettraient d'étudier la question et de formuler des conseils à l'intention du gouvernement.**

D. Sport Canada

Au cours des audiences, une majorité de témoins a affirmé que Sport Canada était devenu, au cours des années, le principal chef de file du secteur. Ils ont prétendu que le caractère bureaucratique de Sport Canada avait restreint l'essor des organismes sportifs et les avait empêchés de se développer pleinement. M. Hugh Glynn, président du Conseil du marketing du sport, a indiqué que les bureaucrates avaient pris les rênes des affaires sportives et voyaient d'un mauvais oeil toute concurrence et qu'ils imposaient leur volonté à coups de subventions.[21] Les associations sportives insistent sur l'importance primordiale de la participation fédérale, mais soutiennent qu'il ne faut pas laisser les bureaucrates affaiblir les organismes sportifs. Pour ces raisons, de nombreux témoins ont recommandé que l'on atténue le caractère excessivement bureaucratique de Sport Canada.

Le Sous-comité reconnaît que les membres des milieux sportifs sont rarement consultés et que le gouvernement fédéral continue à avoir la mainmise sur la conception et l'élaboration de lignes directrices en matière de sport. Il estime qu'il faudrait solliciter la participation des associations sportives au moment de la mise en oeuvre des programmes et des lignes directrices, puisqu'elles sont en contact direct avec les athlètes.

---

[21] Lettre envoyée au Sous-comité, p. 1.

rétablir l'équilibre entre ces deux variables, le Groupe de travail estime qu'il faut intensifier la présence des organismes canadiens au sein de la communauté sportive internationale. Il considère que la tenue d'événements sportifs internationaux au Canada serait un moyen d'asseoir notre réputation dans le domaine du sport international. La plupart des témoins ont appuyé les propositions du Groupe de travail concernant le maintien de la présence canadienne dans les milieux sportifs internationaux. Cette présence est nécessaire si l'on veut que le mérite des athlètes canadiens soit reconnu comme il se doit à l'échelle internationale.

Compte tenu des témoignages entendus, le Sous-comité reconnaît que le gouvernement fédéral et la communauté sportive ont tous deux un rôle important à jouer dans le processus de prise de décision à l'échelle internationale. Le gouvernement a notamment fait preuve d'un leadership marqué dans le cadre des efforts déployés à l'échelle mondiale pour imposer un boycott anti-apartheid contre l'Afrique du Sud. Le Sous-comité espère que l'apartheid prendra bientôt fin et que les athlètes sud-africains pourront prendre la place qui leur revient dans les compétitions internationales.

Le Canada a souvent organisé avec succès d'importants jeux internationaux, ce qui a été à l'avantage du sport, tant au Canada qu'au niveau international. En 1994, le Canada accueillera les Jeux du Commonwealth à Victoria. Le gouvernement a particulièrement fait preuve de leadership au sein de la Francophonie et du Commonwealth, ainsi que dans le mouvement olympique, pour ce qui est d'accroître les possibilités d'accès à l'égard des femmes, des athlètes handicapés et des participants de pays en développement. Cette dernière préoccupation a d'ailleurs entraîné la création du groupe de travail du renforcement du sport dans le Commonwealth (*Working Party on Strengthening Commonwealth Sport*), présidé par le Canada. Le Sous-Comité appuie fortement l'idée selon laquelle le sport se prête particulièrement à la création de liens avec le Commonwealth, comme il sait le faire à l'intérieur même du Canada. Le gouvernement du Canada, par l'intermédiaire de l'ACDI, a subventionné des projets de développement du sport dans la Francophonie. Le Sous-comité presse l'ACDI d'appuyer le programme de coopération par le sport au Commonwealth (*Commonwealth Cooperation Through Sport Program*), car il constitue un moyen utile de développer le sport dans les pays du tiers monde qui font partie du Commonwealth. Les Jeux internationaux devraient être les meilleurs jeux qui soient, non seulement pour les athlètes canadiens mais pour l'ensemble des participants, particulièrement ceux des pays en développement.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

33. Que le gouvernement fédéral continue à jouer un rôle de premier plan et à exercer son leadership dans la communauté sportive internationale et que les orientations qu'il prend

qu'il en soit, à en juger par certaines questions soulevées par les témoins, quelques facteurs empêcheraient les ONS et leurs membres d'intensifier leurs activités de levée de fonds. Ainsi, les parents qui envoient leurs enfants dans des écoles de sport n'ont droit à aucune déduction fiscale pour les coûts élevés qu'ils assument, car ces écoles ne sont pas considérées comme des établissements d'enseignement. Selon l'Association canadienne de patinage artistique, il en coûte en moyenne aux parents 30 000 $ par année pour un jeune patineur d'élite, entre 15 000 et 20 000 $ pour un novice et environ 12 000 $ pour un débutant. En outre, les dons faits personnellement aux athlètes ne peuvent être considérés comme des dons de charité aux fins de l'impôt sur le revenu, ce qui limite le nombre de donneurs potentiels. Enfin, les clubs affiliés à des ONS n'ont pas le droit d'émettre des reçus pour fins d'impôt, comme les organismes de charité.

Le Sous-comité est d'avis que ces obstacles nuisent aux efforts de levée de fonds aux niveaux provincial, municipal et local. Il considère également que le gouvernement fédéral pourrait encourager le sport au pays en instituant des stimulants fiscaux.

Le Sous-comité recommande donc :

32. Que le ministre des Finances prépare une étude sur les mesures fiscales se rapportant aux dons de charité et formule des propositions visant la création de stimulants fiscaux applicables au domaine du sport amateur.

C. Leadership sportif international

Au cours des ans, le Canada a joué un rôle de premier plan dans le sport international, particulièrement dans les domaines de l'antidopage et du conditionnement physique. Selon divers représentants d'associations sportives, le Canada ne fait toutefois pas preuve de suffisamment de leadership sur la scène internationale. Plusieurs facteurs expliquent cet état de choses. Par exemple, l'optique des organismes intéressés et la teneur des programmes appliqués par certains membres de la communauté sportive affaiblissent la position du Canada dans les milieux internationaux. L'exercice, par tous les intervenants, d'un leadership concerté constituerait une option valable pour renforcer la position du Canada. Les ONS, qui ont reconnu que le Canada doit jouer un rôle plus important sur la scène internationale, ont indiqué que l'administration fédérale devait montrer la voie à cet égard.

Dans son rapport, le Groupe de travail reconnaît l'écart qui existe entre l'influence que le Canada exerce au sein des fédérations internationales et les victoires récentes remportées par les athlètes canadiens dans les compétitions de haut niveau. Afin de

30. Que le rôle du gouvernement fédéral soit défini dans le cadre du processus de consultation.

Les organismes de service multidisciplinaires et les grandes associations de jeux, notamment le Conseil du marketing du sport, l'Association olympique canadienne, le Conseil des jeux du Canada, l'Association canadienne des jeux du Commonwealth, etc., sont financés entièrement ou presque par Sport Canada. Il s'agit d'organismes autonomes créés pour assumer des responsabilités précises. Ils jouent un rôle important, car ils répondent aux besoins collectifs des organismes axés sur un sport particulier. Dans le rapport du Groupe de travail, on signale que les programmes et services offerts par les organismes multidisciplinaires devraient correspondre aux besoins globaux des ONS, tels que décrits dans leurs plans de perfectionnement des athlètes et dans leurs modèles d'organisation sportive respectifs. Le Sous-comité est aussi de cet avis et pense que l'établissement d'associations en fonction d'un principe d'autonomie pourrait se révéler un moyen efficace pour aider le sport amateur et réaliser des objectifs nationaux. Les membres du Sous-comité croient également que le gouvernement fédéral a spécialement le devoir de surveiller la promotion et l'orientation des organismes multidisciplinaires et des grandes associations de jeux.

Le Sous-comité recommande donc :

31. Que la politique du gouvernement fédéral concernant les organismes multidisciplinaires et les grandes associations de jeux soit conçue de manière à répondre aux besoins collectifs des organismes nationaux de sport et à leur permettre d'utiliser efficacement les services offerts par ces groupes.

Dans son rapport, la Commission Dubin souligne la nécessité de repenser le rôle et le mandat du gouvernement fédéral dans le domaine sportif afin qu'on puisse atteindre d'autres objectifs comme accroître la participation des femmes, des groupes défavorisés et des personnes handicapées et leur faciliter l'accès aux programmes sportifs. Le Groupe de travail prône également la mise sur pied de systèmes sportifs communautaires intégrés à la structure nationale. Il est aussi d'avis que les ONS doivent jouer un rôle de premier plan dans la promotion et le développement du potentiel national de leur propre discipline. Les représentants des ONS qui ont comparu devant le Sous-comité estiment que, pour que le système sportif devienne intégré, le gouvernement fédéral devra accroître son appui au développement du sport au pays, sans pour autant négliger le sport de haut calibre. Le Sous-comité aurait toutefois certaines réserves si le gouvernement fédéral s'avisait d'intervenir davantage au niveau domestique. Cela risquerait de restreindre l'autonomie des organismes locaux et municipaux, qui constituent l'assise des ONS. Quoi

autonome dont l'administration est indépendante du gouvernement. Ce conseil [20] se finance à l'aide de subventions de l'État et de fonds qu'il recueille auprès de sources non gouvernementales. Il fait appel à des commanditaires pour financer ses programmes, se charge de certaines activités commerciales telles que l'édition et tire quelques revenus de la gestion de ses propres centres nationaux. Il aide financièrement divers organismes sportifs pour leur permettre d'élaborer des programmes d'excellence, de parfaire et d'étendre leurs programmes d'entraînement, de participer à des compétitions internationales et de fournir à leurs athlètes les installations et l'équipement dont ils ont besoin. Bien que le rapport Dubin ne contienne aucune recommandation à cet égard, il serait peut-être utile d'étudier la structure et le rôle de ce conseil subventionnaire.

Le Sous-comité croit que l'aide financière publique devrait être différente de ce qu'elle est actuellement. Il devrait y avoir un conseil ou un organisme qui détermine les critères de base régissant la répartition des fonds fédéraux. Ces critères pourraient, par exemple, porter sur la participation, la performance, les compétences administratives, l'opinion publique et, comme le suggère la Commission Dubin dans son rapport, l'accessibilité aux programmes pour la population en général, les politiques antidopage et les réalisations de l'organisme quant à la participation des femmes, des minorités, des personnes handicapées et des défavorisés.

Le Sous-comité insiste sur le fait que le nouvel organisme, qui pourrait être le Conseil canadien des sports, ne devra pas être structuré de manière à amplifier l'appareil administratif et il propose que ce soit un organisme consultatif en même temps que subventionnaire. Il croit en outre qu'il faudra consulter la communauté sportive et examiner la question en profondeur afin de définir sa structure.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

26. Que soit créé le Conseil canadien des sports.

27. Que la première étape du processus de consultation porte sur la conception d'une nouvelle structure d'octroi des subventions et d'élaboration de la politique.

28. Que le Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur participe à la conception de la nouvelle structure.

29. Que le ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur entreprenne une étude sur l'à-propos de créer une nouvelle structure d'allocation des fonds et d'élaboration de la politique.

---

[20] *British Sports Council, Fact Sheet: What is the Sports Council?*

équipes nationales, les centres de haute performance, la promotion et les communications. Diverses conditions d'importance relative peuvent être également rattachées aux divers blocs. Par exemple, si un objectif n'est pas prioritaire par rapport à un autre, Sport Canada peut décider de ne pas participer à son financement. Ces conditions varient énormément d'un bloc à l'autre ou d'un sport à l'autre.

Des représentants du gouvernement ont signalé que les blocs avaient été institués pour éviter d'alourdir indûment les procédures comptables et faire en sorte que le financement gouvernemental s'accompagne de mesures d'autofinancement. Cependant, d'après une majorité de représentants d'organismes sportifs qui ont comparu devant le Sous-comité, il faudrait revoir les rapports administratifs existant entre les organismes sportifs et le gouvernement. Comme on le signale dans le rapport Dubin, «l'intervention gouvernementale dans l'administration courante du sport au Canada a atteint un niveau que personne n'avait prévu et qui n'est, en fait, ni sain ni approprié.»[19] De nombreux témoins se sont également montrés d'accord avec l'établissement d'un mécanisme de financement qui permettrait aux ONS de gérer eux-mêmes les fonds publics qui leur sont alloués.

Le Sous-comité croit que les organismes sportifs sont, au fil des ans, devenus aptes à exercer un plus grand leadership et à fonctionner par eux-mêmes, sans constamment s'en remettre au gouvernement. Les membres du Sous-comité pensent en outre que, si les organismes sportifs doivent devenir les maîtres d'oeuvre et les principaux responsables des athlètes tout en étant moins dépendants du gouvernement, il faut leur donner la marge de manoeuvre voulue pour le faire. En fait, la communauté sportive a acquis suffisamment de maturité pour jouer ce rôle et nous devons adopter à son égard une attitude qui favorise davantage son développement.

Le Sous-comité recommande donc :

> **25. Que le gouvernement fédéral assume un rôle moins prépondérant dans la gestion quotidienne des sports et que les organismes nationaux de sport puissent bénéficier du degré d'autonomie voulu pour gérer eux-mêmes les ressources publiques qui leur sont allouées.**

Dans son rapport, la Commission Dubin discute de la possibilité d'établir un organisme indépendant chargé d'administrer les fonds alloués par le gouvernement et de superviser le développement du sport au Canada. Le juge Dubin cite en exemple le *British Sports Council,* qu'il trouve intéressant, surtout parce qu'il s'agit d'un organisme

[19] Rapport Dubin, p. 594.

Dans son rapport, le Groupe de travail insiste sur la nécessité de diversifier les sources de financement et encourage fortement le concours financier des commerces et du monde des affaires. Il considère également qu'il faut accroître la participation au sport pour pouvoir hausser les contributions des membres des organismes sportifs. Il pense qu'il faut parvenir à un certain équilibre entre les fonds publics et les fonds privés et recommande l'établissement, à long terme, d'un rapport égal entre les sources de financement gouvernementales et non gouvernementales.

Tout en étant conscient de l'importance d'augmenter le financement privé, le Groupe de travail soutient en outre que le gouvernement fédéral doit continuer de jouer un rôle important dans le financement du sport. C'est également là l'opinion des membres du Sous-comité. Toutefois, ces derniers reconnaissent que la capacité de contribution du secteur privé, du secteur public et des particuliers au financement du sport amateur a des limites. Le Sous-comité n'est pas sûr qu'il soit approprié de répartir également les sources de financement publiques et privées, que propose le Groupe de travail. Étant donné que les sports ne sont pas tous commercialisables au même titre et que les contributions du secteur privé sont souvent instables, le Sous-Comité croit que l'aide gouvernementale demeure essentielle si l'on veut soutenir équitablement tous les éléments du système sportif. Il est également d'avis que les ONS ont le devoir de veiller à ce que les fonds publics soient dépensés adéquatement.

Par conséquent, le Sous-comité recommande :

24. Que la contribution du gouvernement fédéral dans le secteur des sports soit reconnue comme bénéfique à la société canadienne, car elle est un facteur d'unité et de fierté. En conséquence, le gouvernement fédéral doit continuer de participer au financement du système sportif. En réalité, le gouvernement devrait envisager l'opportunité d'accroître son soutien financier dans le domaine du sport. Parallèlement, il semble nécessaire de prévoir une meilleure planification et une coordination plus efficace des ressources publiques en vue de leur allocation. Il incombe donc aux organismes nationaux de sport d'utiliser les fonds publics conformément à de bonnes pratiques de gestion.

Lorsque le gouvernement fédéral décide de subventionner un organisme sportif, les fonds sont généralement répartis entre différents «blocs», notamment : l'administration, le personnel professionnel, les réunions, les entraîneurs nationaux, le développement du sport au pays, le perfectionnement des officiels, les programmes et les équipements des

Les athlètes ont également discuté avec les membres du Sous-comité des critères d'octroi de l'aide fédérale. Certains d'entre eux ont affirmé que l'application des normes internationales semblait essentielle dans leur discipline. D'autres croient qu'il faudrait instituer un nouveau mode de classement ou améliorer le système actuel. Des athlètes ont proposé que l'organisme national de chaque sport participe à l'établissement des critères d'attribution des brevets. Ils préféreraient que ce soit leur ONS, plutôt que Sport Canada, qui élabore les lignes directrices du PAA, car on aurait alors plus de latitude pour signer des engagements à long terme avec les athlètes, plutôt qu'à court terme, comme c'est le cas actuellement.

À la lumière des témoignages qui lui ont été livrés, le Sous-comité reconnaît qu'un nombre important d'athlètes de haut calibre parviennent maintenant à s'autofinancer, tandis que d'autres, pourtant talentueux et déterminés à atteindre l'excellence, ont vraiment besoin de recevoir une aide de base du gouvernement. Les membres du Sous-comité sont également d'avis que les organismes sportifs qui sont le plus près des athlètes sont peut-être mieux placés pour déterminer qui devrait recevoir de l'aide.

Le Sous-comité recommande donc :

23. Que l'octroi d'une aide financière aux athlètes relève des organismes nationaux de sport. Le financement devrait dépendre des capacités de l'athlète d'atteindre un niveau de performance supérieur, de ses besoins financiers et de son calibre (international aussi bien que national), d'après les critères établis par l'organisme national de sport visé.

En plus de verser une aide directe aux athlètes, le gouvernement fédéral, par l'entremise de Sport Canada, subventionne la communauté sportive canadienne, notamment les organismes qui s'occupent d'un sport en particulier et certains organismes multidisciplinaires. Mais le financement du sport n'est que partiellement public; les ONS tirent également des revenus des conventions de parrainage, ainsi que de la vente des cartes de membres et de fournitures diverses.

La part de financement qui ne vient pas de l'État varie d'un organisme sportif à l'autre, en particulier parce que certains sports sont plus facilement commercialisables que d'autres. Le Conseil du marketing du sport a été créé pour aider les organismes à accroître leurs revenus de source non gouvernementale. Le Conseil aide les ONS dans leurs efforts de marketing, en donnant une formation appropriée à leur personnel, en entreprenant des études de faisabilité et en établissant pour eux des relations avec la population et les médias.

Le Sous-comité recommande donc :

22. Que des programmes tels les Jeux du Canada (d'été et d'hiver), PARTICIPaction et Athlètes-maîtres, qui ont des adeptes dans toutes les régions du Canada et qui encouragent la promotion de l'unité, de l'identité et de la fierté nationales soient développés.

B. Financement du sport amateur

Bien qu'ils varient selon la catégorie sportive, les coûts sont en général relativement élevés lorsqu'il s'agit de faire progresser un athlète dans son sport. Dans le but d'alléger le fardeau financier inhérent à la formation des athlètes de haut calibre, le gouvernement fédéral accorde à ces derniers une aide financière pour éponger leurs frais de subsistance et d'entraînement et leur permettre d'atteindre l'excellence. Il le fait par l'entremise du Programme d'aide aux athlètes (PAA), dont les critères, les modalités et les montants de prestation sont fixés par Sport Canada. L'athlète a accès à sept paliers d'aide financière, selon son niveau de performance. En date du 28 février 1990, quelque 815 athlètes étaient effectivement brevetés en vertu du PAA.[18]

Le Groupe de travail traite dans son rapport de l'aide financière versée aux athlètes de haut calibre et reconnaît que ce soutien, qu'il vienne du secteur public ou du secteur privé, est important pour leur permettre d'accéder à des niveaux élevés de performance. Il recommande de rendre le PAA plus accessible et d'évaluer les demandes d'aide en fonction des besoins et du mérite de l'athlète. Il propose également de mettre sur pied un mécanisme qui permettrait à l'athlète qui a bénéficié de subventions publiques d'aider, à son tour, l'association ou le mécanisme qui l'a encouragé et lui a permis de connaître le succès.

Un certain nombre d'athlètes de haut calibre reçoivent une aide financière substantielle grâce à leurs agents et parrains. Effectivement, parmi les cinq athlètes brevetés qui ont comparu lors d'une réunion à huis clos devant le Sous-comité, certains ont affirmé que ceux dont les exploits sont reconnus au niveau international n'ont pas toujours besoin des subventions de Sport Canada, parce que leur niveau de performance leur permet de se financer autrement que par l'entremise des programmes de financement public. Dans cet ordre d'idées, la Commission Dubin est dite d'avis que les moyens financiers de l'athlète devraient être un facteur à considérer lorsqu'il s'agit de déterminer si des fonds doivent lui être accordés.

---

[18] D'après les données fournies par Condition physique et Sport amateur.

économiquement suffisant pour être capable d'assurer l'égalité des chances à tous les Canadiens, quels que soient leur sexe, leurs handicaps physiques, leurs origines socio-économiques ou culturelles ou leur langue, afin de leur donner accès aux sports, aux établissements sportifs et aux programmes qu'il appuie.»[17]

Le Groupe de travail reconnaît que le sport contribue directement à la transmission des valeurs et traditions nationales à la population canadienne. Plusieurs associations ont insisté sur le rôle capital du sport dans la culture canadienne. Comme spectateurs, participants, entraîneurs ou athlètes, les Canadiens prennent directement part au processus de socialisation aux niveaux local et national. Certains témoins ont mentionné au Sous-comité que les événements sportifs demeurent des occasions formidables pour faire ressortir certains aspects culturels. Par exemple, grâce aux médias, à la publicité et aux techniques de marketing, PARTICIPaction encourage des activités qui amènent les familles, les communautés et les voisins à se rencontrer. De la même manière, les Jeux du Canada sont un point de ralliement pour les athlètes et les partisans de toutes les provinces et territoires qui participent ou assistent aux championnats nationaux. Ce genre d'initiatives peut également contribuer à l'intégration des divers groupes qui forment la population canadienne.

Sous ce point de vue, la Commission Dubin considère, dans son rapport, que le sport est devenu un facteur qui unit les Canadiens. Le Sous-comité croit aussi que le sport amateur et l'athlétisme constituent des instruments importants de promotion de l'unité nationale. Il endosse en outre entièrement les opinions de l'ancien ministre Charest, de la Commission Dubin et du Groupe de travail, lorsqu'ils décrivent les motifs qui sous-tendent l'intervention du gouvernement fédéral dans le sport. Le sport est en effet un élément de notre culture nationale.

Le Sous-comité estime que les politiques et stratégies élaborées par le gouvernement et les organismes sportifs devraient être orientées vers l'unité de toutes les composantes de la mosaïque canadienne. La plupart des activités de sport amateur devraient être axées sur la coopération et la compréhension des différentes cultures et origines; on pourrait notamment le faire en encourageant la population à participer à des activités et à des compétitions saines et bien organisées à tous les niveaux du sport.

---

[17] Rapport de la Commission, p. 69.

CHAPITRE QUATRE

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT

A. Raison d'être de l'intervention gouvernementale

Le gouvernement fédéral a commencé à s'intéresser activement au domaine du sport au début des années 60, après l'adoption de la *Loi sur la condition physique et le sport amateur*, en 1961. En vertu de cette Loi, jamais modifiée depuis son adoption, le gouvernement doit promouvoir, favoriser et développer la condition physique et le sport amateur au Canada. Ces objectifs, qui visent à améliorer la santé, la bonne forme et l'épanouissement personnel des Canadiens, sont réalisés principalement par l'entremise de Sport Canada et de Condition physique Canada. Condition physique Canada prône l'amélioration des facteurs qui contribuent à la santé et, par ricochet, l'amélioration du style de vie de tous les Canadiens. Sport Canada s'occupe surtout d'aider financièrement les athlètes et les organismes sportifs et de coordonner l'application des politiques en matière de sport dans toute la communauté sportive.

L'engagement du gouvernement à promouvoir l'excellence dans le sport amateur et à appuyer les initiatives qui incitent les Canadiens à participer nombreux à des activités sportives s'appuient sur divers objectifs. En réalité, bien des facteurs contribuent à justifier l'intervention du gouvernement fédéral en matière de condition physique et de sport amateur. Comme le signalait l'ancien ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur, Jean Charest,

> Le gouvernement fédéral «investit» dans le système sportif pour plusieurs raisons majeures. Premièrement, nous appuyons le sport tout simplement pour ce qu'il est – un élément de la nature humaine, un mouvement social rendu accessible et équitable par le biais du système, car le sport constitue une partie de notre identité nationale et est une expression de notre culture et de notre personnalité. ... Enfin, le gouvernement fédéral investit pour s'assurer que la communauté sportive s'occupe de certains objectifs et avantages sociaux, notamment le bilinguisme, l'égalité des sexes, un accès régional plus favorable et une éthique du sport.[16]

La Commission Dubin approuve également l'intervention générale du gouvernement fédéral dans le sport. On lit, dans le rapport de cette Commission : «... le gouvernement fédéral ... est peut-être la seule entité possédant un pouvoir de persuasion moralement et

[16] Rapport du Groupe de travail, p. 16 et 17.

Le Sous-comité convient que le métier d'entraîneur sportif peut constituer un choix de carrière intéressant qui devrait être encouragé.

Il recommande donc :

20. **Que le système d'accréditation soit administré par un organisme multidisciplinaire et qu'il soit fondé sur l'apprentissage de connaissances sportives générales. Il s'agirait de la base du programme de formation, lequel se concentrerait ensuite sur un sport en particulier, selon les besoins de chacun des organismes nationaux de sport.**

G. Bénévoles

La contribution des nombreux bénévoles qui organisent ou arbitrent les événements sportifs est aussi essentielle au développement des sports que l'apport des athlètes et des entraîneurs. Les ONS profitent tout particulièrement de la contribution massive de directeurs élus qui acceptent d'importantes charges administratives. La plupart des témoins croient que le bénévolat doit être davantage encouragé dans le domaine du sport amateur. Certains proposent que la *Loi de l'impôt sur le revenu* soit modifiée afin que les employeurs qui accordent des congés à leurs employés désirant agir comme bénévoles aient droit à des crédits d'impôt.

Le Sous-comité convient qu'un mécanisme devrait être mis en place afin que l'apport des bénévoles qui doivent parfois s'absenter du travail pour s'acquitter de leurs obligations sportives soit reconnu de manière plus tangible.

Il recommande donc :

21. **Que des stimulants soient accordés aux entreprises et aux employeurs qui adoptent des mesures spéciales pour permettre à leurs employés de s'occuper bénévolement d'un organisme sportif.**

La Commission Dubin croit que le Conseil canadien de la médecine sportive devrait être cet organisme central indépendant chargé de contrôler l'usage des substances dopantes chez les athlètes canadiens. Il devrait également coordonner les activités canadiennes en matière de lutte antidopage.

Le Sous-comité souscrit aux points de vue exprimés par le juge Dubin sur cette question et partant, recommande :

19. **Que le mandat actuel du Conseil canadien de la médecine sportive soit élargi, afin que ce dernier puisse devenir l'organisme central chargé de faire appliquer la politique antidopage. Le Conseil devrait aussi fournir aux organismes nationaux de sport les connaissances dont ils ont besoin pour encourager et imposer la pratique de l'athlétisme amateur sans drogue à tous les échelons (local, national et international). À titre de principal organe concernant les tests et la politique antidopage, il devrait intensifier ses efforts de recherche sur les questions se rapportant à son mandat. Pour pouvoir demeurer impartial, il devrait en outre continuer d'être indépendant des organismes nationaux de sport.**

F. Entraînement

Compte tenu de l'influence que les entraîneurs exercent sur le développement de l'athlète, la communauté sportive estime que leur contribution est essentielle dans le système sportif canadien. Quel que soit le sport, leur participation a une incidence sur l'avenir des athlètes amateurs. Cet important rôle a également été reconnu par le Groupe de travail. Affirmant que la fonction d'entraîneur constitue une carrière et un métier valables, le Groupe de travail estime qu'il serait tout à fait justifié d'augmenter, à certains niveaux du système sportif, le nombre d'entraîneurs qualifiés travaillant à plein temps et à temps partiel avec rémunération.

Insistant sur le fait que l'entraînement doit être de qualité supérieure, la Commission Dubin recommande dans son rapport que tous les entraîneurs qui bénéficient de subventions fédérales soient agréés par l'Association canadienne des entraîneurs.

La plupart des témoins qui ont exprimé des points de vue sur cette question ont insisté sur la nécessité de reconnaître le rôle de l'entraîneur. Certains représentants d'organismes sportifs ont mentionné que le succès des compétitions internationales dépendait directement de l'excellence de l'entraînement au niveau national.

l'utilisation des drogues peut être dommageable pour la santé des athlètes. Il estime donc approprié d'endosser le principe directeur suivant, contenu dans le Document de travail, comme base de la stratégie canadienne de lutte contre le dopage :

> Il y a un appui manifeste au bien-être et à la santé de l'athlète, et une opposition à tout acte qui n'est pas dans l'intérêt de l'athlète comme personne.[14]

Le Sous-Comité reconnaît également que «la compétition loyale est un élément fondamental du sport».[15] Le dopage fausse les principes de toute compétition loyale et est contraire à l'esprit sportif. Tous les athlètes devraient être conscients de la portée des concepts de compétition loyale et d'éthique sportive.

Après avoir examiné l'analyse globale des questions relatives au dopage contenue dans le rapport Dubin et dans le Document de travail, le Sous-comité recommande :

> **18. Que soit établi un mécanisme approprié, assorti de protocoles de tests permettant le dépistage des infractions. Le Sous-comité soutient que les lois du Canada, des provinces et des territoires doivent être respectées, tout comme les droits, la dignité et l'intégrité de la personne, et que les responsabilités de chacun doivent être clairement définies.**

Les membres du Sous-comité reconnaissent le rôle de chef de file du gouvernement fédéral dans la lutte antidopage au niveau international. Le gouvernement canadien doit continuer d'être un inspirateur à cet égard.

E. Organisme canadien de lutte antidopage

La mise en oeuvre d'une politique de contrôle antidopage repose sur l'existence d'un organe indépendant, capable de coordonner la lutte antidopage tout en assumant les responsabilités suivantes : conclure des marchés avec les laboratoires, conseiller et guider les ONS et les autres organismes, fournir des informations techniques sur les mesures antidopage et faire le lien avec les autres organismes qui s'occupent de lutte antidopage; cet organe favoriserait également l'échange d'information, effectuerait des recherches et des enquêtes, soumettrait des rapports périodiques au gouvernement fédéral et aux autres organismes et agirait à titre d'organisme-ressource sur les questions internationales.

---

[14] Document de travail, p. 39.

[15] *Ibid.*, p. 39.

Le Sous-comité approuve les opinions exprimées par les témoins ainsi que la proposition du Groupe de travail et croit qu'un conseil consultatif pourrait être fort utile. Il soutient toutefois que sous réserve de modifications importantes au mandat et aux pouvoirs de Sport Canada, ce conseil ne ferait qu'alourdir la structure administrative. Il estime en revanche que, s'il a les pouvoirs, l'autonomie et la direction nécessaires, le conseil consultatif pourrait être le mieux placé pour coordonner le leadership dans le sport amateur.

Le Sous-comité recommande :

16. **Que le ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur indique qu'il est disposé à partager son leadership avec un groupe consultatif formé de représentants des athlètes, des entraîneurs, des organismes nationaux de sport, des organismes multidisciplinaires et de la communauté sportive.**

17. **Qu'un conseil consultatif soit créé et qu'il dispose de l'autorité et de l'autonomie nécessaires pour assurer et coordonner le leadership et la direction dans le sport amateur.**

Les membres du Sous-comité croient qu'un tel conseil pourrait assumer diverses responsabilités dans le système sportif. Il sera d'ailleurs question de façon plus précise du rôle de ce conseil dans le financement public au chapitre traitant du rôle du gouvernement.

D. Politique antidopage

Concernant l'utilisation des drogues et le recours à des pratiques interdites dans le but d'améliorer la performance sportive, la Commission Dubin a formulé des recommandations portant sur les points suivants : l'administration de tests hors compétition, le monopole des laboratoires, la compétition et le contrôle antidopage, les appels relatifs au contrôle antidopage et le rôle du Conseil canadien de la médecine sportive. Les membres du Sous-comité ont passé en revue les recommandations du rapport Dubin sur la politique antidopage et le *Document de travail en vue des consultations concernant le rapport Dubin,* préparé par Condition physique et Sport amateur. La situation décrite dans ces documents porte le Sous-comité à conclure que

canotage approuve la notion du leadership partagé expliquée dans le rapport. Pour l'Association, toute initiative à ce sujet devrait respecter les rôles et les responsabilités propres aux nombreux partenaires engagés dans le sport amateur.[13] Certains organismes reconnaissent qu'il faut intensifier les consultations entre les parties et accroître la participation des gouvernements, des athlètes, des ONS, des organismes multidisciplinaires, des bénévoles, des entraîneurs, des administrateurs, du système d'enseignement, etc. À la lumière des témoignages entendus, le Sous-comité conclut que le système doit être assez souple pour permettre la contribution de tous les intéressés. Le leadership partagé supposerait une participation accrue de la communauté sportive dans le processus décisionnel et renforcerait la collaboration, le partenariat et la coordination au sein de celle-ci.

Le Sous-comité approuve sans réserve l'objectif du Groupe de travail qui veut favoriser le leadership et la création de liens et il recommande :

> **15. Qu'il y ait un processus continu de consultation entre tous les groupes de la communauté sportive afin de permettre aux représentants des sports de se réunir périodiquement pour discuter de questions d'intérêt commun. Les membres des communautés autochtones et d'autres groupes ayant des intérêts et des besoins particuliers devraient être invités à participer à l'élaboration du nouveau processus.**

C. Rôle d'un organisme indépendant

La notion du leadership partagé décrite à la section précédente suppose la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir la consultation et la collaboration entre les divers groupes de la communauté sportive. À ce sujet, le Groupe de travail a notamment proposé l'établissement d'un conseil consultatif sur le sport amateur. Ce conseil serait composé de membres issus des ONS, des organismes multidisciplinaires et du gouvernement fédéral et réunirait aussi d'autres spécialistes du domaine. Il conseillerait le ministre sur les questions suivantes : les objectifs nationaux en matière de sport, le cadre financier général pour la période quadriennale et les années subséquentes ainsi que les relations et les rôles des grands organismes dans la mise en oeuvre des objectifs fixés.

La création de ce conseil consultatif a été approuvée par tous les représentants des organismes qui ont comparu devant le Sous-comité. La plupart d'entre eux ont soutenu que le conseil servirait à assurer la coordination entre les principaux intervenants du système sportif dans la formulation des objectifs nationaux.

---

[13] Association canadienne de canotage, mémoire, p. 2.

Pour ce qui est de l'autonomie des ONS, la communauté sportive estime en général que, si les organismes doivent assumer une plus grande partie de leur financement, ils devraient pouvoir intervenir plus activement dans les décisions politiques et administratives qui touchent leurs activités quotidiennes. Pourtant, certaines associations ne sont pas de cet avis et formulent encore des réserves au sujet du rôle prépondérant des ONS dans l'essor du système sportif. Or, en raison de la façon dont leur structure a évolué récemment, le Sous-Comité n'est pas d'accord avec elles et favorise nettement toute initiative visant à rendre les ONS davantage maîtres de leur programme.

Comme l'a indiqué un membre de la direction de la Fédération des sports du Canada, «... il faut considérer que chaque organisme national de sport est une organisation sérieuse, capable de prendre des décisions réfléchies sur ce qu'elle peut accepter ou non...».[12]

Le Sous-comité approuve tout à fait ce principe et recommande :

14. Que les organismes nationaux de sport aient l'autonomie et l'indépendance nécessaires pour gérer tous les programmes et toutes les activités liées à leur sphère de compétence.

Le transfert de responsabilités et de pouvoirs supplémentaires aux ONS ne doit pas entraîner l'ajout d'un palier bureaucratique. Dans l'exercice de leurs fonctions administratives, les représentants élus de chaque ONS doivent veiller à ce que la croissance structurelle de leur organisme ne dépasse pas leur aire de contrôle.

B. Leadership partagé

Compte tenu du nombre de participants directement touchés par la gestion et la planification des programmes de sport, et aussi de la complexité de l'organisation des sports au Canada, le partage et la coordination du leadership restent un défi de taille pour beaucoup d'organismes sportifs. À cet égard, le Groupe de travail approuve la notion du leadership partagé qui vise à améliorer les communications entre les différents intervenants de la communauté sportive et à éviter le recoupement des services offerts aux athlètes. Cette notion suppose aussi la présence d'agents ayant des responsabilités précises dans différents domaines.

Presque tous les témoins sont d'accord avec le Groupe de travail pour favoriser le leadership au sein du système sportif canadien et l'établissement de liens entre ses différents mécanismes. Dans son mémoire au Sous-comité, l'Association canadienne de

---

[12] *Procès-verbaux et témoignages* du Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur, fascicule n° 1, p. 1:25.

CHAPITRE TROIS

LA GESTION DU SYSTÈME SPORTIF

A. Rôle des ONS

Notre étude de l'organisation du système sportif canadien confirme le rôle primordial des ONS dans le développement et la gestion des sports au Canada. À la tête de ces organismes, des administrateurs élus sont chargés de prendre les décisions touchant la gestion des ressources humaines et financières. Les bénévoles qui sont membres du conseil d'administration contribuent eux aussi beaucoup aux programmes et aux activités de chacun des ONS.

Le Groupe de travail reconnaît d'emblée que les ONS jouent encore un rôle prépondérant dans l'épanouissement des athlètes et l'avancement du sport, et que ce sont eux qui entretiennent les rapports les plus directs avec les athlètes. C'est pourquoi ils sont présumés représenter les athlètes et faire valoir leurs besoins et sont considérés comme étant les mieux placés pour mettre en oeuvre des entraînements types dans leurs sports respectifs. Pour que le système assure un entraînement de haut calibre, le Groupe de travail recommande que les organismes multidisciplinaires répondent aux besoins de l'athlète définis par l'ONS.

Des témoins ont exprimé des réserves au sujet de cette dernière recommandation. Ils croient d'abord que les ONS devront établir une collaboration très étroite avec les associations provinciales pour pouvoir offrir toute une gamme de services. Ils craignent ensuite l'incidence que la participation de nombreux ONS fortement axés sur l'excellence pourrait avoir sur un système sportif plus unifié. Enfin, ils prétendent que les fonctions administratives des ONS pourraient s'accroître au point d'alourdir leur administration, ce qui ne serait peut-être pas souhaitable pour eux ni pour la communauté sportive.

Malgré ces réserves, les témoins représentant un organisme de sport particulier, des organismes multidisciplinaires ou de service ou différents organes publics ont reconnu, pour la plupart, la contribution essentielle des ONS à la communauté sportive.

Le Sous-comité approuve tout à fait la recommandation du Groupe de travail qui demande que les ONS jouent un rôle essentiel dans la promotion du sport. Il est d'avis que c'est grâce à eux et à leurs filiales provinciales et locales qu'on peut assurer le développement, la promotion et la gestion de toutes les disciplines sportives au Canada.

Le Sous-comité recommande :

10. **Que les organismes de sport et les divers organismes financés par le gouvernement fédéral soient tenus de s'assurer que les athlètes et les autres intéressés connaissent parfaitement leurs droits et puissent les exercer sans être lésés.**

Le Sous-comité approuve également l'opinion exprimée par le Groupe de travail au sujet des droits des athlètes et recommande :

11. **Que le gouvernement exige que tous les organismes recevant des fonds fédéraux établissent des méthodes équitables pour l'application des mesures et des décisions touchant les athlètes et les autres intéressés.**

12. **Que lesdites méthodes prévoient un mécanisme d'arbitrage des conflits par un tiers indépendant.**

Le Sous-comité reconnaît que la plupart des ONS ont déjà une procédure d'instruction des griefs qui permet aux athlètes de contester leurs décisions. Cependant, cette procédure ne prévoit généralement pas l'arbitrage des conflits par un tiers indépendant, comme le recommandent le Groupe de travail et la Commission Dubin. Il se peut qu'il y ait proportionnellement très peu d'athlètes qui présentent des griefs, mais chaque athlète et chaque participant a le droit de faire valoir les droits fondamentaux qui sont garantis à tous les Canadiens relevant de l'autorité fédérale, et notamment les fonctionnaires qui administrent les fonds publics.

Au sujet de la contestation de décisions prises par le gouvernement à propos de l'aide aux athlètes et d'autres fonds touchant directement ou indirectement la carrière ou les conditions de travail des athlètes, des entraîneurs et d'autres intéressés, le Sous-comité recommande :

13. **Que le gouvernement fédéral accepte la recommandation du rapport Dubin demandant que les appels ne soient plus présentés au ministre, mais à un arbitre indépendant.**

Le Sous-comité consent à travailler avec le ministre et la communauté sportive pour trouver des moyens pratiques de mettre en oeuvre ces propositions.

Les centres multidisciplinaires dispensent d'excellents services d'entraînement et de soutien (scientifiques et médicaux) et sont pourvus d'installations perfectionnées qui permettent aux athlètes de très bien se préparer aux compétitions. Selon certains athlètes qui ont comparu devant le Sous-comité, les centres multidisciplinaires peuvent être avantageux parce qu'ils permettent aux athlètes d'un certain nombre de disciplines sportives de s'entraîner ensemble intensivement durant les quelques semaines précédant des compétitions. Ils ont tenu à faire remarquer qu'il existait une dimension optimale pour ces centres, au-delà de laquelle le rendement diminuerait. Il est donc essentiel de prévoir des centres aux dimensions voulues et d'y coordonner les sports adéquatement.

Le Sous-comité estime que le concept des centres multidisciplinaires de haute performance est valable et qu'il devrait faire l'objet d'une étude plus poussée.

Le Sous-comité recommande :

9. Qu'on étudie en profondeur la question des centres multidisciplinaires ainsi que leurs coûts et leurs avantages.

G. Droits et statut de l'athlète

Les athlètes et les autres membres d'un ONS doivent se conformer à toutes les règles qui régissent le sport amateur. Ces règles s'appliquent à différents aspects du sport notamment la sélection, les brevets, la discipline, la négociation des contrats des athlètes et les mesures antidopage. Toute la communauté sportive convient que les athlètes assujettis à ces règles doivent aussi pouvoir faire reconnaître et respecter leurs droits.

Dans ce contexte, le Groupe de travail affirme que les mesures et les décisions touchant les athlètes doivent respecter la loi et les règles de la justice naturelle. La Commission Dubin recommande, en plus, d'établir une procédure d'instruction des griefs dans tous les organismes directeurs de sport parce qu'il y a un certain nombre de sujets sur lesquels les athlètes et les organismes sportifs sont susceptibles d'être en désaccord. La Commission estime que cette procédure, adaptée aux règles particulières de l'association et de la fédération visées, permettrait à chaque athlète de se faire entendre en toute impartialité auprès de l'ONS auquel il appartient. Elle recommande également d'établir un mécanisme d'arbitrage indépendant acceptable aux deux parties.

Le Sous-comité est d'avis que les athlètes, tout comme les entraîneurs et ceux qui travaillent et participent à des activités sportives financées par le gouvernement fédéral, ont le droit d'être traités équitablement au travail, comme le recommandent le Groupe de travail et la Commission Dubin.

fédéral a déployés pour assurer une participation égale des hommes et des femmes dans le sport, il reste encore beaucoup à faire à ce sujet. Il propose aussi que les politiques des organismes publics en matière de sport encouragent l'égalité d'accès des hommes et des femmes aux activités et aux installations sportives. Le Sous-comité souscrit entièrement aux opinions exprimées par la Commission Dubin et le Groupe de travail et recommande :

7. **Que la représentation égale des hommes et des femmes dans le sport soit favorisée par un secrétariat relevant de Sport Canada.**

Des témoins ont reproché au Groupe de travail et à la Commission Dubin de ne pas avoir traité expressément de la participation des autochtones. Ils ont fait observer que les dispositions législatives actuelles sur la condition physique et le sport amateur ne tiennent absolument pas compte d'eux. Dans son mémoire, M. Alwyn Morris explique que le manque d'installations sportives dans les localités où ils vivent empêchent les jeunes autochtones de développer l'esprit de compétition, les capacités et la forme physique voulus pour participer pleinement au système sportif canadien. Il a proposé que le gouvernement fédéral affecte des fonds spécialement à l'entraînement des athlètes autochtones jusqu'à ce que la proportion de ces derniers soit équitable par rapport à la participation canadienne totale. Le Sous-Comité estime qu'il faut accorder plus d'attention aux autochtones dans le sport amateur et il recommande :

8. **Qu'un secrétariat soit créé pour encourager les autochtones à participer davantage aux compétitions sportives nationales et internationales.**

F. Rôle des centres multidisciplinaires

Les athlètes canadiens peuvent s'entraîner à bien des endroits, comme dans les clubs sportifs locaux et les centres de haute performance. Avant la tenue de grands événements sportifs, ils peuvent aussi participer aux longs camps d'entraînement des équipes nationales qui se tiennent au Canada et à l'étranger. Cependant, il semble que les installations et l'équipement nécessaires pour atteindre les plus hauts niveaux d'entraînement et de compétition soient de plus en plus perfectionnés. Des témoins ont indiqué que la qualité de la performance au niveau international est directement liée aux programmes d'entraînement des athlètes et ils ont souligné la nécessité d'excellentes installations sportives pour les athlètes canadiens. C'est pourquoi ils souscrivent à la proposition du Groupe de travail qui demande d'envisager la possibilité d'établir, dans les principales villes du pays, des centres de haute performance qui offriraient les services d'administrateurs professionnels, d'entraîneurs, de scientifiques et de médecins spécialisés dans le sport.

E. Groupes-cibles

Au cours des audiences, beaucoup de témoins ont souligné la sous-représentation de certains groupes dans le sport amateur. Ils se sont montrés particulièrement préoccupés de la faible participation des personnes handicapées, des femmes et des autochtones.

Pour accroître la participation des athlètes handicapés, le Groupe de travail recommande l'élaboration de stratégies nationales et la mise en oeuvre de plans adaptés. En outre, dans son rapport, le juge Dubin dit estimer que l'aide aux athlètes handicapés devrait rester un des principes de base de la politique du gouvernement en matière de sport. Lors d'une rencontre privée avec les membres du Sous-comité, M. Rick Hansen a fait remarquer que les athlètes ayant un handicap avaient leurs propres sports, mais qu'ils étaient pour ainsi dire exclus de la plupart des compétitions. Pour accroître leur participation, il a proposé la création d'un secrétariat qui serait chargé de coordonner les activités des handicapés et de défendre leurs intérêts. Il aurait pour mandat de promouvoir l'accès des athlètes handicapés à des compétitions multidisciplinaires de calibre international.

Le Sous-comité souscrit à ces propositions. De plus, il est d'avis qu'il faudrait organiser des compétitions où tous pourraient se mesurer d'égal à égal. Cette initiative permettrait de stimuler le perfectionnement et la compétitivité d'athlètes de très haut calibre, sans que leur performance individuelle en souffre, et intéresserait davantage la population aux sports des handicapés. De telles compétitions pourraient faire partie d'activités multidisciplinaires, comme les Jeux du Canada et les Jeux panaméricains.

Le Sous-comité recommande donc :

> **6. Qu'un secrétariat relevant de Sport Canada soit créé pour favoriser la tenue de compétitions permettant aux athlètes handicapés de se mesurer aux autres d'égal à égal.**

Pour ce qui est de la représentation des sexes, le Groupe de travail recommande «d'augmenter le nombre des femmes participant au sport de compétition organisé en élaborant des stratégies et des plans d'exécution appliqués à un sport en particulier...».[11] La Commission Dubin reconnaît qu'il faut réexaminer le rôle et le mandat du gouvernement en matière de sport pour fixer d'autres objectifs comme la participation et l'accès des femmes, des groupes défavorisés et des personnes handicapées aux programmes sportifs. Le rapport conclut que, malgré les efforts que le gouvernement

[11] Rapport du Groupe de travail, p. 39.

Des témoins estiment que le Conseil du marketing du sport pourrait aider à valoriser le sport canadien auprès des médias. D'autres avancent qu'il faudrait se concerter pour transmettre renseignements et communiqués aux médias des petites localités au lieu d'essayer de concurrencer les professionnels des grandes villes. Ainsi, le grand public canadien serait beaucoup mieux informé sur le sport amateur.

Dans son rapport, la Commission Dubin souligne que les athlètes ont de plus en plus de mal à être fiers de leur performance quand le succès se mesure seulement en fonction des normes internationales.[8] Elle ajoute que les médias incitent le public à croire que c'est seulement la victoire ou l'établissement de nouveaux records qui compte et non l'effort individuel. Elle mentionne que les médias s'intéressent peu aux excellentes performances des athlètes canadiens si elles ne leur méritent pas une médaille d'or. D'après elle,

> Seul le vainqueur est honoré et récompensé financièrement, peu importe les exploits remarquables de ceux qui ont également participé sans toutefois remporter la première place. On ne peut pas passer sous silence le rôle des médias dans la promotion de cette conception étroite et superficielle du succès.[9]

Comme la Commission le fait remarquer ailleurs dans son rapport, les médias ne communiquent peut-être pas à la population le bon message :

> La Commission a pu se rendre compte de cette façon d'agir des médias quand on a abondamment parlé dans la presse des athlètes qui ont admis avoir utilisé des stéroïdes, mais qu'on n'y a peu ou rien dit des athlètes qui avaient participé aux compétitions sans prendre de drogues.[10]

Le Sous-comité croit sincèrement que les récents incidents ont terni à tort l'image des athlètes amateurs et qu'il faut rétablir les faits auprès du public. Il estime en outre que tous les intervenants du système — athlètes, entraîneurs, organismes de sport, fédérations internationales, etc. — doivent faire valoir les particularités et les réalisations du sport amateur ainsi que son intérêt pour le public. Ainsi, tous les domaines du sport amateur recevront davantage d'appui direct et indirect.

Pour mieux promouvoir et commercialiser le sport amateur canadien auprès des médias, le Sous-comité recommande :

> **5. Que le rôle des médias soit reconnu et mis en valeur par l'intermédiaire du Conseil du marketing du sport et au moyen d'activités sportives particulières.**

---

[8] Rapport Dubin, p. 543.

[9] *Ibid.*, p. 582.

[10] *Ibid.*, p. 543.

public, dans le cadre d'événements comme des rencontres annuelles locales, des banquets, etc. Il estime également que les ONS ont un rôle important à jouer auprès de la population et des médias canadiens en matière de promotion des sports. Pour améliorer l'image de marque de l'athlète dans la société canadienne, le Sous-comité recommande :

3. **Que l'organisme national de sport travaille de concert avec l'athlète et les médias en vue de promouvoir tant l'athlète que le sport.**

4. **Que les athlètes soient davantage mis en valeur, par exemple en faisant des exposés ou en participant à des conférences.**

D. Rôle des médias

Les médias peuvent jouer un rôle important dans la promotion des athlètes et du sport amateur. Pourtant, ils ne semblent pas s'y intéresser suffisamment. Selon le Centre canadien d'administration du sport et de la condition physique, c'est la communauté sportive qui en est responsable parce qu'elle n'entretient pas adéquatement ses relations avec les médias. Dans son mémoire, le Centre affirme que «bien que [la communauté sportive nationale] ne cesse de se plaindre de l'absence d'appui satisfaisant de la part des médias, elle n'a jamais su véritablement investir ses ressources, certes limitées, dans ce domaine».[5] Sans doute, les milieux sportifs devraient se préoccuper davantage des relations publiques et des communications pour que le sport et les athlètes amateurs soient reconnus à leur juste valeur.

Selon l'Association canadienne du sport collégial, les médias contribuent bien mal à promouvoir l'excellence dans le sport, notamment parce qu'ils suivent les progrès de nos athlètes amateurs seulement durant les compétitions olympiques.[6]

L'Association canadienne du patinage artistique est aussi d'avis que les médias ne s'intéressent pas beaucoup au sport amateur et propose «de mettre sur pied un programme de relations publiques destiné à intéresser les médias à présenter des comptes rendus plus positifs et plus encourageants sur le sport amateur».[7]

---

[5] Centre canadien d'administration du sport et de la condition physique, mémoire, p. 9.

[6] Association canadienne du sport collégial, mémoire, p. 6.

[7] Association canadienne de patinage artistique, mémoire, p. 4.

Le Sous-comité reconnaît que la dichotomie qui existe dans la conception du sport, c'est-à-dire gagner ou exceller, découle principalement de la diversité des buts, des intérêts et des besoins qui caractérisent chaque organisme sportif. Le Sous-comité estime que les deux points de vue sont valables et pourraient être adaptés aux objectifs propres à chaque organisme.

Le Sous-Comité recommande donc :

2. **Qu'on encourage la recherche de l'excellence à tous les niveaux de compétition. Cependant, bien que l'obtention de médailles soit d'une importance critique pour les athlètes d'élite en tant que mesure de leur performance internationale, il incombe à chaque organisme national de sport de déterminer la pertinence des efforts consentis à cette fin.**

Le Sous-comité s'alarme de l'opinion de certains témoins selon laquelle l'accent mis sur les médailles encourage les athlètes à avoir recours à des drogues ou à d'autres méthodes douteuses pour accroître leur performance. La grande majorité des athlètes n'ont jamais consommé de drogues pour accroître leur performance dans le but d'obtenir des médailles. Le Sous-comité est par conséquent d'avis que l'usage de drogues par une minorité ne doit pas nuire à la communauté du sport amateur dans son ensemble.

C. Image de marque

Les athlètes reconnaissent tous les divers avantages de la notoriété publique. D'abord, l'athlète qui acquiert une réputation personnelle dans un sport donné s'attire des récompenses financières et accroît sa visibilité. Ensuite, cela suscite sans aucun doute du côté des entreprises un intérêt dont peut bénéficier l'athlète. La notoriété publique peut également éveiller un plus grand enthousiasme général pour le sport, ce qui encourage la participation et aide à résoudre les problèmes au niveau de la collectivité ou du club.

La majorité des témoins ont admis que le titre de vedette présente des avantages pour les athlètes. Toutefois, il semble que ceux-ci n'accèdent à ce titre que lorsqu'ils ont obtenu des résultats exceptionnels au niveau international. Dans son témoignage, la Fédération des sports du Canada a insisté sur le fait que les athlètes doivent cultiver de bonnes relations avec le public. Et la Fédération a précisé que cette responsabilité incombe non seulement à l'athlète, mais aussi à l'ONS compétent.[4]

Le Sous-Comité est d'avis que, jusqu'à maintenant, le système n'a pas exploité la haute estime en laquelle le grand public tient les athlètes d'élite. Il croit que nous devons encourager ces derniers et les athlètes exceptionnels à prendre davantage la parole en

[4] *Procès-verbaux et témoignages* du Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur, fascicule n° 1, p. 1:39.

Il est apparu, au cours des audiences, que les membres de la communauté sportive ne s'entendaient pas tous sur la définition du succès. Les témoignages des athlètes, des organismes qui régissent les sports et des organismes multidisciplinaires ont permis de dégager deux définitions : la première tient aux réalisations de l'athlète et la seconde, au fait de remporter des médailles au niveau international (être le meilleur au monde). Nous devons donc déterminer si nous désirons que les athlètes canadiens gagnent en compétition ou simplement qu'ils participent aux compétitions internationales. Cette question revêt une importance particulière dans le cadre de la conception de la politique du sport.

Des témoins ont soutenu qu'il est préférable d'avoir pour objectif de remporter des médailles que d'atteindre l'excellence. Pour eux, c'est le meilleur moyen de motiver les athlètes puisque la réussite entraîne une plus grande participation et attire les commanditaires. Par contre, d'autres ont déclaré qu'il faudrait renforcer la reconnaissance de la réussite au niveau national. Ils ont soutenu que, lorsque la motivation principale tient au succès de la performance, l'athlète est encouragé à utiliser tous les moyens susceptibles d'accroître sa performance. Ils ont également fait valoir que mettre l'accent sur le fait de remporter un grand nombre de médailles est contraire à l'idée de promouvoir la participation de tous les Canadiens au sport.

Selon des représentants d'ONS, le Canada semble insister beaucoup sur la réussite au niveau international et, d'après eux, cela s'explique surtout par le fait que Sport Canada a modifié sa définition du succès au cours des années. Dans cette optique, on critique le rapport du Groupe de travail parce qu'il esquisse un barème de niveaux de performance (lié aux médailles remportées) que les athlètes de haut calibre devraient atteindre dans les compétitions internationales. Dans le rapport Dubin, on exprime également certains doutes quant aux objectifs établis par le Groupe de travail et à la politique du gouvernement fédéral :

> Les subventions gouvernementales ne devraient pas sanctionner la victoire comme seul objectif valable de participation à un sport. *Vers l'an 2000* contient plusieurs objectifs louables dont l'importance est toutefois atténuée du fait que le fédéral mesure le succès de son investissement dans le sport au nombre de médailles obtenues dans des compétitions internationales. (...) La poursuite de l'excellence est un objectif valable qu'il convient d'encourager. Cependant, tous les Canadiens, et non seulement les athlètes de haut calibre, devraient pouvoir viser l'excellence sur le plan personnel par l'entremise du sport, tout en élargissant leur champ d'expérience et en développant les dons qui leur permettront plus tard d'apporter leur contribution à la société. Le succès dans la compétition à l'échelle nationale et internationale devrait être la conséquence de la participation de masse dans les sports et non son but.[3]

[3] Rapport Dubin, p. 591.

dans son mémoire qu'il était important de mettre au point un système fondé exclusivement sur la prestation de moyens de répondre aux besoins des athlètes des deux sexes et de différents niveaux d'accomplissement et de motivation.[2]

Les témoins ont expliqué qu'il importe de mettre l'accent sur cet objectif, compte tenu du fait que les ressources sont restreintes et qu'elles devraient être attribuées de façon à profiter au maximum aux éléments du système qui sont les plus près des athlètes. Certains ont cependant exprimé de l'inquiétude au sujet de cet objectif. Par exemple, l'Association canadienne du sport collégial a déclaré qu'il faudrait apporter des changements radicaux au système sportif si l'on veut faire de l'athlète le pivot de ce système. Pour sa part, l'Association canadienne des entraîneurs était d'avis que certains ONS ne seraient peut-être pas capables de fournir tous les services nécessaires au développement complet des athlètes de différents niveaux. L'Association a également souligné que, si la communauté sportive axe le sport sur l'athlète, on pourrait négliger le perfectionnement et l'embauche d'entraîneurs, les deuxièmes en importance dans toute organisation sportive.

Le Sous-comité estime que l'athlète doit être le pivot du système sportif. La pléthore des organismes, des programmes et des fonds doit être axée sur l'athlète afin que tout le système vise à fournir à ce dernier des programmes et des services, à faire avancer et à défendre sa cause et à promouvoir son image de marque et ses dons. Les membres du Sous-comité croient que le système sportif ne s'en trouverait pas radicalement modifié, mais qu'il deviendrait plus complet et plus efficace.

Le Sous-comité recommande donc :

1. **Que l'athlète soit l'élément essentiel et la raison d'être de toute activité liée aux examens, aux évaluations et aux programmes.**

B. Remporter des médailles ou atteindre l'excellence

Dès le début de son développement, l'athlète se sent poussé à gagner. L'ampleur et l'intensité de cette pression augmentent généralement à mesure que la performance de l'athlète s'accroît et que celui-ci gravit les divers échelons de compétition (locale, provinciale, nationale, internationale). Toutefois, une telle pression est souvent inévitable, car les athlètes veulent gagner et améliorer leur performance. Tous, ou du moins la majorité, veulent être récompensés pour leurs réalisations et tous aspirent à être vainqueurs sur la scène internationale.

---

[2] Association canadienne des entraîneurs, lettre, p. 2.

CHAPITRE DEUX

L'ATHLÈTE

A. L'athlète, pivot du système

Les athlètes sont en relation avec la plupart des organismes de la communauté sportive. Le jeune athlète qui progresse dans le système acquiert probablement d'abord des connaissances de base dans une école ou un centre de loisir local. Lorsqu'il souhaite entrer en compétition, il devient membre d'une équipe pour apprendre des techniques avancées. D'une façon générale, il pourra y arriver grâce au système scolaire ou aux clubs sportifs locaux. L'athlète qui commence à participer à des compétitions dans la province, hors de sa localité, peut décider de s'inscrire comme membre d'un organisme provincial de sport. Après les compétitions intraprovinciales, il y a la possibilité d'un championnat interprovincial. D'ordinaire, lorsqu'un athlète devient membre d'un OPS, il devient également membre de l'organisme national de sport. Il peut alors participer à des championnats nationaux et être choisi pour représenter sa province aux Jeux du Canada, en tant que membre de l'équipe provinciale. Une fois qu'il a participé à une compétition nationale, l'athlète peut concourir au niveau international.

Ce sont vraiment les athlètes qui profitent du réseau des associations sportives et du progamme de Sport Canada. Le rapport du Groupe de travail est donc d'avis qu'il faut établir des objectifs nationaux en matière de sport à tous les niveaux — local, provincial, national — qui seront axés sur l'athlète et sur ses besoins. La majorité des témoins se sont dits d'accord avec cette recommandation. Comme le disait l'Association canadienne de ski, «...le point le plus important du rapport, peut-être, est l'affirmation explicite selon laquelle le système sportif devrait être conçu en fonction de l'athlète et des services dont il a besoin pour exploiter pleinement son potentiel. Cet objectif peut paraître évident et simpliste, mais il ne doit pas être oublié lorsqu'on s'interroge sur l'utilité des nombreuses organisations qui évoluent dans le domaine sportif.»[1] L'Association canadienne des entraîneurs a aussi manifesté son appui à l'égard d'un système axé sur l'athlète; elle disait

[1] Association canadienne de ski, mémoire, p. 2.

Il existe une structure sportive semblable dans les provinces. Les organismes qui régissent les sports dans les provinces (OPS) sont membres des ONS compétents et jouent au niveau provincial un rôle semblable. Les provinces comptent également des organismes de service multidisciplinaires. Chaque province et territoire a un ministère responsable de la condition physique, du sport ou des loisirs, lequel fournit des fonds et de l'appui au système sportif de sa zone de compétence. Les gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux communiquent par l'entremise de ces ministères.

Pour chaque ONS, il existe une Fédération internationale du sport chargée de diriger les championnats mondiaux, tant pour ce qui est d'accepter les soumissions que de déterminer les procédures techniques. Pour chaque catégorie de sport, il y a, à l'échelle internationale, une fédération régionale. Afin de participer aux championnats nationaux ou à une rencontre internationale, un athlète ou une équipe doit être membre d'un ONS.

Le lien entre les organismes de sport et le gouvernement est surtout d'ordre financier. Sport Canada est le principal organisme gouvernemental oeuvrant dans le système sportif. Condition physique Canada offre aussi des services de soutien au système sportif, mais dans une moindre mesure. Au cours des dernières années, Sport Canada a exercé un leadership en matière d'administration et de technique auprès des ONS. Il participe également à la coordination, à la promotion et au développement du sport au pays et des programmes de haute performance. En outre, l'organisme gouvernemental appuie la réalisation de recherches, d'études spéciales et d'évaluations ainsi que l'élaboration d'une base de données. Parmi les grands projets financés par Sport Canada, on compte : l'octroi de subsides aux ONS, l'aide aux athlètes de haute performance, le soutien du programme Mieux que jamais, qui encourage le sport de haute performance des Jeux olympiques d'été et d'hiver, l'aide technique aux centres d'entraînement de haute performance, à la science et à la médecine sportives et à la recherche en sports appliqués.

nationale (tant sur le plan de l'individu que du groupe); être le représentant exclusif du Canada à la Fédération internationale; établir des normes ou des critères régissant l'accréditation des officiels.

Le système sportif reçoit un apport substantiel d'un deuxième groupe, à savoir les organismes multidisciplinaires concessionnaires. Ceux-ci forment huit organismes distincts qui peuvent être répartis en trois catégories : les organismes de jeux, les organismes de sport des établissements postsecondaires et les organismes-cadres. Les associations de jeux comprennent l'Association olympique canadienne (AOC), l'Association canadienne des Jeux du Commonwealth du Canada (ACJC), l'Union sportive interuniversitaire canadienne (USIC) et le Conseil des jeux du Canada (CJC). Les trois premiers sont chargés de nommer les membres des équipes canadiennes qui prendront part aux Jeux olympiques et aux Jeux panaméricains, aux Jeux du Commonwealth et aux Jeux mondiaux universitaires. Le CJC organise les Jeux nationaux multidisciplinaires du Canada, qui ont lieu tous les deux ans. Les organismes de sport des établissements postsecondaires, soit l'USIC et l'Association canadienne du sport collégial (ACSC), tiennent des championnats nationaux dans quelques disciplines sportives universitaires ou collégiales. Enfin, la Fédération des sports du Canada (FSC) et la Fédération canadienne des organisations de sport pour handicapés (FCOSH) sont des organismes-cadres. La FSC représente les intérêts de tous les ONS et la FCOSH s'occupe du sport chez les handicapés (ex. sports pour les sourds, sports en fauteuil roulant, sports pour les aveugles, ski pour les handicapés) et de leur participation aux jeux internationaux.

Les organismes de service multidisciplinaires fournissent aide et assistance aux ONS dans des domaines spécialisés comme l'administration, le développement technique, l'entraînement, la promotion et la levée de fonds. Le Centre canadien d'administration du sport et de la condition physique, qui héberge les ONS et les organismes-cadres, offre une vaste gamme de services aux ONS, notamment en comptabilité et en informatique, en traduction et en secrétariat. Le Conseil du marketing du sport aide les ONS dans leurs efforts de commercialisation en formant leurs employés, en entreprenant des études de faisabilité et en entretenant des relations avec le public et les médias. L'Association canadienne des entraîneurs offre un programme d'accréditation à cinq niveaux afin d'aider au perfectionnement d'entraîneurs au Canada. Le Service information-athlètes et le Centre de documentation pour le sport renseignent la communauté sportive et les médias. Enfin, le Conseil canadien de la médecine sportive dispense auprès des athlètes, des entraîneurs et des organismes de sport des services médicaux, paramédicaux et scientifiques de haute qualité, à l'occasion des grandes épreuves sportives tenues au Canada et à l'étranger.

CHAPITRE PREMIER

LA STRUCTURE DU SYSTÈME SPORTIF CANADIEN

Le système sportif canadien se caractérise par sa complexité et par la remarquable diversité d'opinions de ceux qui y participent, diversité découlant principalement de différences de conceptions. Pour certains, le sport mène à l'excellence parce qu'il favorise l'établissement d'une élite sportive. D'autres estiment que le sport est un moyen d'améliorer la santé et la condition physique et sont partisans d'une participation massive de l'ensemble de la population aux sports et aux activités de loisir. D'autres encore cherchent dans la réussite sportive le prestige et la fierté personnelle ainsi que l'unité nationale. Enfin, il y en a qui voient dans le sport une source de gains personnels.

Le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires assument tous des responsabilités en matière de sport par l'entremise d'organismes sportifs dont les mandats se chevauchent. Le système sportif compte six principaux groupes participants : le gouvernement fédéral, les organismes nationaux de sport (ONS), les organismes nationaux de service multidisciplinaires et les concessionnaires, les gouvernements provinciaux, les associations sportives provinciales et les organismes de service multidisciplinaires provinciaux.

L'organisme national de sport (ONS) est le principal organisme dans chaque catégorie de sport. Au Canada, il y a actuellement 65 ONS à but non lucratif constitués en sociétés. Comme ils sont reconnus par le gouvernement fédéral, ils peuvent en recevoir des subsides par l'entremise de Condition physique et Sport amateur. L'ONS est généralement composé d'organismes provinciaux de sport (OPS) et de divers clubs et organismes régionaux et locaux affiliés à l'organisme national par l'intermédiaire des organismes provinciaux. L'ONS a un triple mandat : il doit répondre, à l'échelle nationale, aux besoins de ses membres; il doit satisfaire aux exigences de la fédération internationale de sport compétente; enfin, il doit promouvoir, favoriser et développer son sport au Canada. Les ONS ont un bureau national au Centre canadien d'administration du sport et de la condition physique.

Voici les fonctions essentielles des ONS : élaborer des stratégies et des programmes nationaux à l'intention des provinces et des organismes provinciaux de sport; organiser les épreuves sportives nationales et internationales; constituer, développer et gérer l'équipe

INTRODUCTION

Depuis l'adoption de la *Loi sur la condition physique et le sport amateur*, en 1961, l'organisation du système sportif canadien a évolué au point de nécessiter une certaine adaptation par rapport au contexte moderne. Pour répondre à des demandes de la communauté sportive, le gouvernement fédéral a adopté au cours des 30 dernières années diverses stratégies traduisant, en plus de ses propres priorités, les préoccupations de groupes et de particuliers engagés dans des activités sportives. Le rapport du Groupe de travail, publié en 1988, et le rapport Dubin, plus récent, ont révélé qu'il sera nécessaire d'apporter des changements à la politique de façon à accroître l'efficience et l'efficacité des programmes qui touchent diverses disciplines sportives.

Compte tenu du grand nombre de personnes directement intéressées à la formulation de la politique en matière de sport, les membres du Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur se sont concentrés sur les réactions qu'ont suscitées les recommandations du Groupe de travail et de la Commission Dubin et, plus particulièrement, sur certains commentaires exprimés à l'égard du système sportif actuel. Le rapport du Sous-comité fait état de la contribution essentielle des athlètes, des organismes nationaux de sport (ONS), des organismes de service multidisciplinaires, des entraîneurs, des bénévoles et d'autres personnes ou groupes préoccupés par l'avenir du sport amateur. La première partie du rapport porte sur la structure du système sportif canadien et sur différents facteurs qui influent sur le développement et le rôle central de l'athlète dans le système actuel. Dans la deuxième partie, on examine des éléments-clés de la gestion et des décisions touchant le secteur des sports. En réponse aux observations formulées par des représentants d'organismes au Sous-comité, on étudie, dans la troisième partie, le rôle du gouvernement dans les sports à l'échelle nationale et internationale, notamment sa participation au financement public, et d'autres questions stratégiques.

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ

PRÉAMBULE

Le Sous-comité sur la condition physique et le sport amateur a été créé en juin 1989 par le Comité permanent de la Chambre des communes chargé de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine. Lors de sa première réunion, en novembre 1989, le Sous-comité a décidé d'étudier le rapport du Groupe de travail sur la politique nationale du sport, intitulé *Vers l'an 2000 : Pour un meilleur système sportif canadien*, publié en août 1988.

À cette même occasion, le Sous-comité a également exprimé son intention d'étudier les recommandations de la Commission Dubin, chargée de l'enquête sur le recours aux drogues par les athlètes. À cet égard, l'ancien ministre de la Condition physique et du Sport amateur, l'honorable Jean Charest, avait signalé aux membres du Sous-comité que le rapport Dubin leur serait déféré.

Le Sous-comité a commencé ses audiences publiques en décembre 1989 et, jusqu'en mai 1990, il s'est surtout appliqué à l'étude du rapport du Groupe de travail. Le Sous-comité a entendu quelque 15 témoins et reçu près de 25 mémoires; ont comparu devant lui le ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur, des athlètes, des organismes nationaux de sport (ONS), ainsi que divers organismes de service multidisciplinaires et des organismes concessionnaires.

Le rapport de la Commission d'enquête sur le recours aux drogues et aux pratiques interdites pour améliorer la performance athlétique, que présidait l'honorable Charles L. Dubin, a été officiellement déposé à la Chambre des communes le 27 juin 1990. Dans le cadre des audiences tenues en juillet sur ce rapport, le Sous-comité a traité des questions liées principalement aux sanctions imposées en cas d'infractions aux règles antidopage du gouvernement. À la demande du ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur, l'honorable Marcel Danis, le sous-comité lui a fait part de ses opinions par voie de résolution. On trouvera copie de cette résolution à l'annexe A.

Les audiences se sont poursuivies à l'automne, sur les questions liées aux sanctions imposées aux entraîneurs. Le Sous-comité a adopté à l'unanimité une motion demandant la nomination d'un arbitre indépendant dans le cas de M. Andrzej Kulesza. On trouvera copie de cette motion à l'annexe B.

RAPPORT À LA CHAMBRE

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

DEUXIÈME RAPPORT

En vertu du paragraphe 108(1) du Règlement de la Chambre des communes, un sous-comité du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a été créé et chargé d'étudier un aspect quelconque de la condition physique et du sport amateur au Canada, puis de faire rapport de ses conclusions et recommandations au Comité.

Conformément au mandat que lui confère le paragraphe 108(2) du Règlement, le Sous-comité a étudié le rapport *Vers l'an 2000 : Pour un meilleur système sportif canadien,* préparé par le Groupe de travail sur la politique nationale du sport, et le Rapport de la Commission d'enquête sur le recours aux drogues et aux pratiques interdites pour améliorer la performance athlétique (Commission Dubin).

Le Sous-comité s'est entendu pour présenter ce qui suit au Comité et ce dernier l'a adopté. En voici le texte :

REMERCIEMENTS

Le premier comité parlementaire sur la condition physique et le sport amateur tient à remercier tous les membres de la communauté sportive de leur contribution écrite ou verbale, officielle ou spontanée. Le présent rapport s'inspire de propositions et de mémoires bien documentés, représentant l'opinion de plus de cinq millions de Canadiens qui oeuvrent dans le sport amateur.

Je tiens à remercier le personnel du comité : la greffière Clairette Bourque, et les attachés de recherche, Luc Fortin et Odette Madore. Ils nous ont été d'un précieux secours dans l'analyse des mémoires et le respect de délais extrêmement serrés—surtout durant nos audiences de juillet.

Enfin, je veux exprimer ma reconnaissance aux membres du comité qui ont travaillé de façon constructive dans le meilleur intérêt du sport amateur au Canada. Ce fut un honneur et un plaisir de présider leurs travaux.

Page

LISTE DES RECOMMANDATIONS 39

ANNEXES

Annexe A : Résolution 45

Annexe B : Extrait des Procès-verbaux du Sous-comité 51

Annexe C : Liste des Témoins 53

Annexe D : Liste des Mémoires 57

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT 59

PROCÈS-VERBAUX 61

TABLE DES MATIÈRES

Page

REMERCIEMENTS iii

PRÉAMBULE vii

INTRODUCTION ix

CHAPITRE PREMIER

LA STRUCTURE DU SYSTÈME SPORTIF CANADIEN 1

CHAPITRE DEUX

L'ATHLÈTE 5

A. L'athlète, pivot du système 5
B. Remporter des médailles ou atteindre l'excellence 6
C. Image de marque 8
D. Rôle des médias 9
E. Groupes-cibles 11
F. Rôle des centres multidisciplinaires 12
G. Droits et statut de l'athlète 13

CHAPITRE TROIS

LA GESTION DU SYSTÈME SPORTIF 15

A. Rôle des ONS 15
B. Leadership partagé 16
C. Rôle d'un organisme indépendant 17
D. Politique antidopage 18
E. Organisme canadien de lutte antidopage 19
F. Entraînement 20
G. Bénévoles 21

CHAPITRE QUATRE

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT 23

A. Raison d'être de l'intervention gouvernementale 23
B. Financement du sport amateur 25
C. Leadership sportif international 31
D. Sport Canada 33
E. Rôle du système d'éducation 34
F. Relations fédérales-provinciales 35
G. Comité permanent 37
H. La Loi 38

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-présidente: Nicole Roy-Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE SPORT AMATEUR

Président: John Cole

Membres

Chris Axworthy
David Dingwall
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Membres suppléants

John Brewin
Al Horning
Bob Kilger
Wilton Littlechild

Attachés de recherche

Luc Fortin
Odette Madore
Service de recherche de la
Bibliothèque du Parlement

La greffière du Comité

Clairette Bourque

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman: Nicole Roy-Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

SUB-COMMITTEE ON FITNESS AND AMATEUR SPORT

Chairman: John Cole

Members

Chris Axworthy
David Dingwall
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 3)

Acting Members

John Brewin
Al Horning
Bob Kilger
Wilton Littlechild

Researchers

Luc Fortin
Odette Madore
Research Branch of the
Library of Parliament

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Available from the Canadian Government Publishing Center, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 47

Le mardi 4 décembre 1990

Président: Bob Porter

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 47

Tuesday, December 4, 1990

Chairman: Bob Porter

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

---

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité sur la Condition physique et le Sport amateur

Y COMPRIS:

Deuxième rapport à la Chambre

Le sport amateur: Des défis à relever

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee on Fitness and Amateur Sport

INCLUDING:

Second Report to the House

Amateur Sport: Future Challenges

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90

35376-1

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada
En vente : Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada
K1A 0S9

LE SPORT AMATEUR : DES DÉFIS À RELEVER

DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

BOB PORTER, DÉPUTÉ
PRÉSIDENT

JOHN COLE, DÉPUTÉ
PRÉSIDENT
SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE SPORT AMATEUR

DÉCEMBRE 1990

La joie de l'effort (1912)
R. Tait McKenzie (1867–1938)
Médecin, éducateur physique et sculpteur canadien

LE SPORT AMATEUR : DES DÉFIS À RELEVER



DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

BOB PORTER, DÉPUTÉ
PRÉSIDENT

JOHN COLE, DÉPUTÉ
PRÉSIDENT
SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE SPORT AMATEUR

DÉCEMBRE 1990

Government Publications

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 48

Monday, December 10, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 48

Le lundi 10 décembre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

LIBRARY
JAN 4 1991
University of Toronto

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990

35393-1

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman: Nicole Roy–Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN–ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–présidente: Nicole Roy–Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from the Canadian Government Publishing Center, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, DECEMBER 10, 1990
(58)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 8:06 o'clock p.m. this day, in Room 209 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stan Wilbee.

Acting Member present: Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witness: *As individual*: Dr. Fraser Mustard, President, Canadian Institute for Advanced Research.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Fraser Mustard made a statement and answered questions.

At 10:05 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 10 DÉCEMBRE 1990
(58)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 20 h 06, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoin: *À titre personnel*: le D[r] Fraser Mustard, président, Institut canadien de recherches avancées.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Fraser Mustard fait un exposé et répond aux questions.

À 22 h 05, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Monday, December 10, 1990

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le lundi 10 décembre 1990

• 2008

The Chairman: Order, please.

Pursuant to Standing Order 108.(2), the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding. This evening we have the pleasure of welcoming Dr. Fraser Mustard, President of the Canadian Institute for Advanced Research. Doctor, we are most pleased that you are able to spend some time with us this evening.

I think you are aware of the ongoing study of this committee, which began last spring. We have heard a number of witnesses during the intervening period and are attempting to hear the remaining witnesses between now and late January, so we can begin the preparation of our report. We look forward to your presentation, hopefully to be followed by comments and questions from members of the committee.

Dr. Fraser Mustard (President, Canadian Institute for Advanced Research): Thank you, Mr. Chairman. I would like to introduce my executive assistant, Dorothy McKinnon, who really runs the organization I work in and is probably the reason why I am here, as well as through the skilful management of your own staff. Also with me is the vice-president of the institute, Len Bolger, who was formerly with Shell Canada and is now helping us with the institute and its role in Canada.

Le président: La séance est ouverte.

Conformément à l'article 108.(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement. Ce soir, nous avons le plaisir d'accueillir le Dr Fraser Mustard, président de l'Institut canadien des recherches avancées. Docteur Mustard, nous sommes ravis que vous ayez du temps à nous consacrer ce soir.

Vous êtes certainement au courant de l'étude que mène notre comité depuis le printemps dernier. Nous avons déjà entendu un certain nombre de témoins et espérons pouvoir entendre ceux qui restent d'ici la fin janvier. Nous entamerons alors la rédaction de notre rapport. Nous avons bien hâte d'entendre votre exposé. Les membres du comité feront ensuite des commentaires et poseront des questions.

Dr Fraser Mustard (président, Institut canadien des recherches avancées): Merci, monsieur le président. Permettez-moi de vous présenter mon attachée de direction, Dorothy McKinnon, celle qui administre dans les faits l'organisme où je travaille. C'est grâce à elle, et aussi à l'habile gestion de votre propre personnel, que je suis ici. Je suis également accompagné du vice président de l'Institut, Len Bolger, qui travaillait auparavant pour Shell Canada et qui contribue maintenant à établir le rôle de l'Institut au Canada.

• 2010

Tonight I thought I would take you through some material that may be a little bit different from what you have received from other committees. I will briefly discuss some aspects of the health care system in Canada and perhaps re-emphasize or maybe reinterpret some of the points that have already been made to you about it.

Then I wish to take you into the relationship between the prosperity of your economy and what you can do in health care, which is a pretty fundamental issue facing you and your committee in terms of cost but is more seriously facing the governments of Canada in terms of their overall revenue and their debt problems, and ask you to think a little bit in your deliberations about the significance of what you can say about some fundamental issues concerning how Canada maintains its system of social justice if it cannot maintain its prosperity. I will have a few things for you to think about in terms of my comments in that area.

Finally, I would like to conclude by taking you through the real implications for the health of populations if you fail to be able—as a good government—to help this country sustain and enhance its prosperity. Hopefully I will lead you into a window of insight about the very fundamental relationship in all likelihood between early childhood development and your risk of adverse health effects in adults.

Ce soir, j'ai pensé vous présenter de la documentation quelque peu différente de celle qu'ont dû vous proposer les autres organismes. Je vais aborder brièvement quelques aspects du régime canadien de soins de santé en exposant sous un jour différent certaines des observations qu'on vous a déjà faites à son sujet.

Je vais ensuite vous parler du lien entre la prospérité économique et les possibilités dans le domaine des soins, question assez fondamentale autant pour le comité qui étudie le financement du régime que pour les gouvernements du pays étant donné leurs revenus globaux et leurs problèmes de dette. Je vais vous demander de réfléchir un peu à l'importance de certaines des questions fondamentales qui se posent sur la façon dont le Canada peut maintenir son système d'équité sociale s'il est incapable d'assurer sa prospérité. Je vais vous donner là-dessus matière à réflexion.

En conclusion, je vais vous expliquer ce qui se passera concrètement pour la santé de la population si vous n'êtes pas en votre mesure—contrairement à un bon gouvernement—d'aider le Canada à assurer et renforcer sa prospérité. J'espère ainsi vous faire entrevoir la relation très fondamentale et tout à fait probable entre les risques de maladie d'un adulte et sa petite enfance.

[*Texte*]

This linkage is just emerging but is of enormous importance. It creates for you a bit of a challenge to look at the expenditure patterns on people who become old versus your expenditure patterns on the very young. I think this is an issue this country will have to face. Even though your primary mandate is health care, I do not think you can avoid considering this particular issue.

This is the framework I would like to take you through. I have a set of slides. If you do not turn the lights down too far, you all will not go to sleep on me. If you do, I am told I have a button I can press around here.

This work I am referring to really comes out of the work of the Canadian Institute for Advanced Research. Since some of you do not know it—it is only eight years old—I thought I should at least introduce the background from which the material comes. The federal government, by the way, is a supporter of the institute. You are one of the many partners that have made this possible.

The institute is a network institution. The dots locate where people are in Canada, the United States, Europe and Japan. Obviously 75% of the people in the institute's programs are located in Canada. In terms of talking about the institute's Program in Population Health, One of the key people who has helped us greatly is located in London, England. Indeed we have a member from the United States who is also very important in terms of our development.

The institute has five programs in place. The one that is most relevant for my remarks tonight is the Program in Population Health, which is led by Bob Evans at the University of British Columbia. Michael Marmot from the London School of Hygiene and Tropical Medicine in London and Ted Marmor from Yale University in the United States are the two foreign participants in the program.

I will also be making a comment on the program of economic growth, science and technology and institutional change in a global economy. The reason I am going to make reference to it is of course the whole question of economic growth, prosperity and your system of social justice in a society about which I will try to educate any member of the House of Commons if I get a chance. You are victims of the fact that you brought me in tonight on this subject.

The distribution of players in Canada shows that the institute runs those programs as national networks with international links. I would just underscore that this strategy is extraordinarily unique. It has not been done any place else in the western world. It is powerful. It does not lead to centralization of any activity in one region, which is important for you to understand. It is the first effective way of building national programs across institutional barriers, regional problems and linguistic problems. It works powerfully effectively.

You had André-Pierre Constandriopoulos from the University of Montreal, who is a member of the institute's Program in Population Health, appear before you earlier in your deliberations. I am sure he will have reflected some of the results of the program when he was presenting to you.

[*Traduction*]

On commence à peine à établir ce lien qui a pourtant une importance considérable. C'est un défi que d'étudier le type de dépenses consacrées aux personnes âgées par rapport à celles consacrées aux tout jeunes enfants. Nous devrons pourtant nous pencher là-dessus. Même si le mandat du comité concerne les soins de santé, je crois que vous ne pourrez pas vous soustraire à l'étude de cette question.

Voici comment je vais procéder. J'ai une série de diapositives à vous montrer. Si vous n'éteignez pas complètement les lumières, vous n'allez pas vous endormir. Si jamais cela arrivait, on m'a dit qu'il y avait un bouton quelque part sur lequel je pouvais appuyer.

La conclusion dont je parle découle des travaux de l'Institut canadien des recherches avancées. Comme cet institut n'a que huit ans et que certains d'entre vous ne le connaîssent sans doute pas, je vais vous expliquer d'où provient la documentation. En passant, le gouvernement fédéral finance l'institut. Vous êtes donc parmi les nombreuses personnes qui ont permis cette réalisation.

L'Institut fait partie d'un réseau reliant des personnes qui font des recherches au Canada, aux Etats-Unis, en Europe et au Japon. Evidemment, les trois quarts de ceux qui travaillent aux programmes de l'Institut se trouvent au Canada. Pour le Programme sur la santé de la population, l'une des personnes clé, qui nous a aidés énormément, se trouve à Londres. Nous comptons aussi un membre aux Etats-Unis qui a grandement collaboré à notre développement.

L'Institut a mis sur pied cinq programmes. Celui qui nous intéresse le plus ce soir, c'est le programme sur la santé de la population, dirigé par Bob Evans de l'université de la Colombie-Britannique. Michael Marmot, de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, à Londres, et Ted Marmor, de l'université Yale aux États-Unis, sont les deux participants étrangers.

Je vais aussi vous dire quelques mots du programme sur la croissance économique, les sciences et la technologie et changements institutionnels dans une économie mondiale, par rapport à toute la question de la croissance économique, de la prospérité et de l'équité sociale dans notre société. Si on m'en donne l'occasion, je vais tenter de sensibiliser tous les députés. Vous allez devoir payer pour m'avoir fait venir ici ce soir vous entretenir de ce sujet.

Le fait que les participants se trouvent à divers endroits au Canada montre que l'Institut administre ses programmes comme des réseaux nationaux avec des liens internationaux. Je souligne que c'est une stratégie unique en son genre. Personne d'autre dans le monde occidental ne procède ainsi. C'est un système dynamique. Comprenez bien qu'il n'y a aucune centralisation des activités dans une seule région. C'est le meilleur moyen de bâtir des programmes nationaux qui outrepassent les barrières institutionnelles, les problèmes régionaux et linguistiques. C'est une organisation extrêmement efficace.

André-Pierre Constandriopoulos de l'université de Montréal, membre du Programme sur la santé de la population à l'Institut, a comparu devant vous un peu plus tôt. Je suis certain qu'il vous a exposé quelques-uns des résultats de la recherche.

[*Text*]

This first part of my talk about health care is old hat to you. There is a relationship between the wealth of a country and its expenditures on health care. What does that really mean? That affluent countries spend more? That poorer countries have poorer health?

• 2015

The reason I introduced that slide is that one has to understand that there is some relationship between the wealth of a nation and what it can spend on health care.

I am going to talk a lot about the themes these two rectangles show you. I am introducing it now because it is important for you to understand that there is a relationship between the capacity to produce income, represented by the upper left side of the diagram, and the capacity to finance the things—which is called service sector two—on the right side. That service sector is not broken into market and non-market, but it does include health care.

Basically, if you are unable to produce income on the left-hand side for your tradable goods and services you will have great difficulty financing the right-hand side. A simple example is that if you live in Smooth Rock Falls and the pulp and paper mill closes down, you will have trouble financing all those lovely activities on the right-hand side unless the Government of Canada puts money back into the community. Columnists will not accept this because it is too simplistic, but the brutal truth is that if a nation fails to generate its income it has problems financing the right-hand side.

The significance of that will come a bit later when I move on to newer theories of economics that look at concepts of wealth creation. Keep in mind that Canada has always been a nation that has extracted natural resources. As a nation, it is not used to wealth creation but to wealth exploitation.

If you think about the way Canada has operated, we have allowed people to get wealth through extracting our natural resources and then the government taxes and redistributes that wealth for other functions in society. In other words, we have been an exploitive, redistributive society, not a wealth creating society. That scene will come back a little later.

Just remember, if you cannot generate income on the left-hand side, how do you fund health care? It does not matter if you are public or private; the equation holds.

Now back to health care. This slide shows that the percentage of GNP spent on health in Canada peaked around 1970 or 1971 and has stayed fairly flat or has risen only slightly since then. The United States and Canada were equal until 1970, but the United States has kept on climbing.

The important message here, if you have not already received it, is that the United States is the only developed country in the world whose health care costs are still out of control, and is the only country in the world that has a mixed financial system, private and public. All other systems have some form of government control—it may not be government financing specifically—that allows them to cap their health care costs. For anybody concerned about the economy of Canada, this is very important.

[*Translation*]

La première partie de mon exposé ne vous propose rien de neuf. Il existe un lien entre la richesse d'un pays et ce qu'il dépense pour les soins de santé. Qu'est-ce que cela veut dire? Que les pays plus riches dépensent davantage? Que la population des pays plus pauvres sont en moins bonne santé?

Je vous montre cette diapositive pour que vous compreniez qu'il y a effectivement un lien entre la richesse d'un pays et ce qu'il dépense pour les services de santé.

Je vais vous parler longuement des thèmes indiqués dans ces deux rectangles. Je vous les montre tout de suite parce que vous devez absolument comprendre qu'il y a un lien entre la capacité de produire des revenus, ce qu'on aperçoit en haut à gauche du diagrammme, et la capacité de financement—qu'on appelle le secteur 2 des services—à droite. Ce secteur n'est pas classé selon ce qui est commercial et ce qui ne l'est pas, mais il comprend les soins de santé.

Si on est incapable de tirer des revenus des produits et services commercialisables, à gauche on aura énormément de mal à financer les services à droite. Par exemple, si vous habitez à Smooth Rock Falls et que l'usine de pâte à papier ferme ses portes, vous aurez du mal à financer toutes ces charmantes activités prévues à droite à moins que le gouvernement fédéral n'injecte de l'argent dans votre localité. Les analystes refusent cette thèse parce qu'ils la trouvent simpliste, mais à la vérité, si une nation ne produit pas de revenu, elle a du mal à financer ses services.

Vous en comprendrez l'importance tout à l'heure quand je vous exposerai les théories économiques plus récentes qui tiennent compte des concepts de création de la richesse. N'oubliez pas que le Canada a toujours été un pays de richesses naturelles. Comme nation, il n'est donc pas habitué à créer de la richesse mais à l'exploiter.

Pensez un peu à la façon dont le Canada a été administré. On a autorisé des gens à s'enrichir en exploitant nos richesse naturelles que le gouvernement impose puis en redistribue le produit pour d'autres fonctions de la société. Autrement dit, notre société exploite et redistribue la richesse au lieu d'en créer. Nous y reviendrons plus tard.

Souvenez-vous seulement que si on ne produit pas de revenu à gauche, comment peut-on financer les soins de santé? Qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé, le résultat est le même.

Revenons-en aux soins de santé. Cette diapositive indique que le pourcentage du PNB dépensé dans le secteur de la santé au Canada a atteint un sommet en 1970 ou 1971 et a à peine augmenté depuis. Jusqu'en 1970, les États-Unis et le Canada étaient sur un pied d'égalité, mais le pourcentage a continué de croître aux États-Unis.

Au cas où vous n'auriez pas saisi, le seul pays développé au monde dont le coût des soins de santé demeure incontrôlé, ce sont les États-Unis, et le seul pays où le régime des soins de santé est financé à la fois pas les secteurs privé et public. Partout ailleurs, le gouvernement exerce une forme ou une autre de contrôle—pas nécessairement par le biais du financement—ce qui permet de plafonner le coût des soins de santé. C'est très important pour quiconque se préoccupe de l'économie canadienne.

[*Texte*]

Remember, that is privatization, or a mixed system. Lee Iacocca is deeply concerned about the 11.5% of the U.S. GNP that now goes to health care, causing under-investment in the wealth creating sector. In addition, they have a system that is terribly inequitable; 35 million Americans are without any protection in terms of being able to secure health care.

This material had been written up in a number of documents. If you want more details and do not have them, they can be given to you.

This slide shows the pattern of change in North American mortality per 100,000 of the population. As you can see, it has declined enormously since the year 1900. The little blip in the male curve—the top one—shows the rise and fall of coronary heart disease incidents. Earlier we talked about an epidemic, but it is actually declining.

With that pattern of change you would expect changes in the nature of health care and utilization of the system. If you look at the distribution of patient days in BC hospitals—where there is a very good database—from 1969 to 1983, you will notice that the number of days children spend in hospital has decreased, use by 15-year-olds to 64-year-olds has gone down, but by people over 65 it has been climbing. You will notice that the 85-plus category has increased by a factor of 4, and the 75-to-84 group has nearly doubled.

If you look at patient days spent dying in hospital, again you will notice that the significant change is in people over the age of 65, particularly over 75. There is a substantial increase in the number of people going into hospital to die. That may be a good thing or a bad thing, but it gives you an illustration of what has been happening in the patterns of care.

• 2020

Let us switch to technology in my own field. This is the cholesterol story. This is the story of a number of the trials used to look at the effects of reducing cholesterol. This is the Oslo study and the WHO study. None of these studies were statistically significant. You have the percentage reductions on them, but they were not very dramatic.

If you go to the Mr. Fitt trial, the Northy Karelia study in Finland, and the Gutenberg trial, the interesting thing is that the Finnish trial shows about a 21% reduction in the three counties in which the studies were done. One of them was the intervention county, the other two were controls. It raises an interesting question as to whether the intervention really was doing anything.

The Mr. Fitt trial showed a 7% reduction in coronary heart disease mortality, CHD—that was the big U.S. trial—but a 1% increase in total mortality. Of course, you have to ask yourselves what that means. If your total mortality still rises, what does a 7% reduction really mean in terms of what is taking place? The Gutenberg trial really did not show much of a difference.

[*Traduction*]

N'oubliez pas qu'il s'agit de privatisation ou d'un régime mixte. Lee Iacocca s'inquiète énormément des 11.5 p. 100 du PNB américain actuellement consacrés aux soins de santé car cela détourne les investissements des secteurs créateurs de richesses. En outre, leur système est terriblement inéquitable; 35 millions d'Américains n'ont aucune assurance-maladie.

On trouve ces données dans un certain nombre de documents. Si vous voulez plus de détails, nous vous les ferons parvenir.

Sur cette diapositive, on voit la courbe du taux de mortalité en Amérique du Nord par 100,000 habitants. Comme vous pouvez le voir, le taux a sensiblement diminué depuis 1900. La petite pointe ici dans la courbe des hommes, celle du haut, montre l'augmentation et la diminution de l'incidence des insuffisances coronariennes. Un peu plus tôt, on a parlé d'épidémie, mais en réalité le nombre diminue.

On pourrait croire qu'une telle évolution modifierait la nature des soins et l'utilisation du système. Or, regardez la répartition des journées-patients dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique—où la base de données est excellente—entre 1969 et 1983. On constate que le nombre de jours que les enfants passent à l'hôpital diminue, que c'est la même chose pour les personnes de 15 à 64 ans, mais que le nombre augmente pour les patients de plus de 65 ans. Remarquez que pour le groupe des 85 ans et plus, le nombre est multiplié par quatre et pour le groupe des 75 à 84 ans, le nombre a presque doublé.

Regardez maintenant les séjours à l'hôpital qui se sont terminés pas le décès du patient et vous remarquez que c'est chez les plus de 65 ans et surtout chez les plus de 75 ans que le changement est important. Il y a une hausse sensible du nombre de personnes qui entrent à l'hôpital pour y mourir. Nous ne portons pas de jugement, nous montrons simplement le genre de soins actuellement prodigués.

Passons maintenant à la technologie dans mon propre domaine. Voici le résultat de plusieurs expérience tentées pour déterminer les effets produits par l'abaissement du taux de cholestérol. Voici l'étude d'Oslo et ici, celle de l'ONS. Ni l'une ni l'autre n'a donné des résultats statistiques concluants. On donne la réduction en pourcentage, mais ce n'est pas énorme.

Voici les essais de M. Fitt, l'étude Northy Karelia en Finlande, et les essais Gutenberg. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que les expériences finlandaises arrivent à une réduction de 21 p. 100 dans les trois comtés où les études ont été menées. Dans l'un d'entre eux, il y a eu intervention, mais les deux autres ont servi de témoins. On peut donc se demander si l'intervention a donné quelque chose.

L'étude de M. Fitt a donné une diminution de 7 p. 100 des décès dus à une insuffisance coronarienne—il s'agissait de la grande étude américaine—mais une hausse de 1 p. 100 du nombre total des décès. Il faut évidemment se demander ce que cela signifie. Si le nombre total des décès augmente, à quoi cela sert-il d'obtenir une diminution de 7 p. 100? Quant à l'étude Gutenberg, elle n'a fait ressortir aucune différence appréciable.

[*Text*]

The story of cholesterol is an interesting one in terms of medical technology. As you probably all know, there is a very powerful debate as to whether the American public health authorities have not gone overboard in terms of their attack on cholesterol.

Some very recent data produced by one of the people in our program working with the Hawaiian heart study group shows that if you look at a total population and the risk of dying in relation to cholesterol level, it is actually a U-shaped curve. Once you go below too low a value, your mortality rate starts to climb again. Other diseases become dominant.

One does not know what the causation in all this is, but it says one should be a little careful about how you interpret that data and apply it in the society. I am not arguing against cholesterol, but I am saying that the evidence is not so powerful that you can really intervene and produce major changes.

Indeed, you should have high risk applying to the whole population, particularly young women, because they are not a high-risk group. Some people, of course, promote that.

One of the concerns you need to have—and this has probably been introduced to you—is how you really appraise the quality of medical interventions and how you create assurance of the quality of those interventions. That is a very fundamental issue. I do not think it has been well addressed, nor do I think the science side of medicine has been as disciplined as it should be in its promotion of its ideas. That is a very hard statement for me to make, but I turn to the next slide.

Some of you may know that I happen to study platelets. I would be considered by some people as one of the godfathers of aspirin and platelets; an aspirin a day keeps the doctor away.

Well, let me show you something. This is the U.S. physician study reported about two years ago in the *New England Journal of Medicine* and written up in *The New York Times*. It claimed that doctors in the United States taking an aspirin every other day had fewer heart attacks. That was given great publicity. Indeed, there may be people in this room taking an aspirin every second day.

If you look at the data from the study, you are struck by the fact that the total mortality in the two groups from all causes is not very different, that the cardio-vascular deaths are very similar.

What happened is that in the aspirin study, death reports from myocardial infarction, heart attacks, declined in the aspirin group, but the deaths from sudden death in the aspirin group went up. Now, I am a pathologist. I know a little bit about sudden deaths in myocardial infarction. It is the same process. It simply means you die before symptoms can be recorded to let you get a diagnosis of myocardial infarction.

[*Translation*]

L'histoire du cholestérol est assez intéressante du point de vue médical. Vous savez sûrement tous qu'il y a tout un débat pour savoir si les autorités américaines responsables de la santé publique n'ont pas tout exagéré dans leur lutte contre le cholestérol.

Des données très récentes produites par l'un des participants à notre programme qui travaillent en collaboration avec le Groupe d'étude des maladies cardiaques d'Hawaï indiquent que pour l'ensemble de la population, le risque de mourir en raison d'un taux de cholestérolémie élevé peut se traduire par une courbe en U. Autrement dit, quand le taux descend trop bas, le taux de mortalité recommence à augmenter mais ce sont d'autres maladies qui dominent.

On ne sait pas pourquoi, mais il faut toujours être très prudent quand on interprète des données et qu'on veut les appliquer à la société. Je ne dis pas que le cholestérol est bon, mais je pense que les études ne sont pas assez concluantes pour qu'on puisse intervenir et provoquer des changements importants.

En fait, on devrait considérer toute la population comme étant à risque élevé, surtout les jeunes femmes, qui ne forment pourtant pas un groupe réputé à risque. C'est ce que certains souhaitent.

Ce que vous devez vous demander—et on vous en a peut-être déjà parlé—c'est comment évaluer la qualité des interventions médicales et comment garantir cette qualité. C'est fondamental. Je crois qu'on n'y a pas accordé assez d'attention et que les chercheurs en médecine ne se sont pas donné toute la peine nécessaire pour promouvoir leurs idées. C'est dur ce que je dis, mais je passe à la diapositive suivante.

Certains d'entre vous savent peut-être que j'étudie les plaquettes. D'aucuns me prennent pour l'un des papes de l'aspirine et des plaquettes. Une aspirine par jour vous assure la santé toujours.

Eh bien, laissez-moi vous montrer quelque chose. Voici l'étude faite aux États-Unis sur des médecins dont les conclusions ont été rapportées il y a environ deux ans dans le *New England Journal of Medicine* et résumées dans le *New York Times*. On a prétendu que les médecins américains qui avaient pris une aspirine tous les jours avaient eu moins de crises cardiaques. On a fait beaucoup de battage à ce sujet. Il y a peut-être même des gens ici qui ont décidé depuis de prendre une aspirine à tous les deux jours.

Or, quand on étudie les données de l'étude, on est frappé par le fait que le nombre total des décès est à peu près le même pour les deux groupes, quelle qu'en soit la cause, et que c'est la même chose pour les décès dus à une maladie cardiovasculaire.

Ce qui s'est produit, c'est que, pour le groupe qui prenait de l'aspirine, il y a eu moins de morts par infarctus ou crise cardiaque, mais une augmentation des morts subites. Moi, je suis pathologiste. Je sais ce qui se passe dans le cas d'une mort subite et dans le cas d'un infarctus et les deux se ressemblent. La différence, c'est que dans une mort subite, la personne décède avant que les symptômes puissent être notés et qu'on puisse donc diagnostiquer l'infarctus.

[*Texte*]

If the incidence of sudden death goes up, it says to me that aspirin really is not having much effect on the basic underlying process; yet, that study has been interpreted for the broad application it has. My conclusion is that aspirin probably does nothing more than mask the symptoms of myocardial infarction. That is one simple interpretation. The fact that total deaths for cardio-vascular disease has not changed is the real bottom line in that particular study.

One of your concerns really does have to be how you enhance our professional skills to ensure the quality of the evidence and legitimacy of the advocacy we are making about various technological interventions in the system. One of the things I do not know the solution to, but it is a real problem. If you go back to the change in the patterns of disease, these are the projected numbers of demented persons in the United States by year, by age group. You cannot see the top part of it very easily, but the 85 plus obviously shows a certain pattern of change, and the 75 to 84 shows another pattern of change. Of course, the more people you have living to be older, with the current understanding the proportion of demented persons unable to look after themselves in your population will increase.

• 2025

That is a real challenge. I do not know what the solution to that should be. It obviously requires caring, but what kind of caring does it require? What kind of support does it require? It is a very basic issue for society to keep on adapting itself to trying to handle it.

On the other side, you can also project the number of hip fractures that will occur. If we do not have a better understanding of why these occur in older people, that will become quite increased in society. Medical intervention in hip fractures can be extremely good for that, and therefore that means you will have pressure on those services in your hospitals to handle that kind of disability. Obviously, if you can restore a person who has had a hip fracture to be able to get around then that is a big advantage to everybody.

On the other side of the coin, maybe if you could understand why these people get hip fractures and get into prevention of it, then you would also have a big gain. But you can make those kinds of projections of what you will have to handle in the future if you wish to.

So much for a little, simple portrayal of the health care story. What you have are the basic question of a change in the demands on the system, which is largely involving the older population; patterns of disease in the older population, which are going to be complex to handle; and a pressure on cost constraints that you have to deal with—and you have to think very hard about what this means we should do.

In being able to cope with that, it is important to stop to draw certain distinctions. One of these is how much wealth you can generate on the left-hand side to finance things on the right-hand side. You will notice that now I have labelled them slightly differently and you have non-market functions and market functions, both labelled as consumption.

If you follow the advice to privatize health care, you would run into the U.S. problem. Remember that you are consuming resources out of a total resource, whether you publicly finance it or privately finance it. It is a consumption

[*Traduction*]

Si l'incidence de la mort subite augmente, cela veut dire que l'aspirine n'a pas vraiment d'effet sur le développement de la maladie. Pourtant, on a tiré de grandes conclusions de cette étude. Ma conclusion personnelle, c'est que l'aspirine masque tout simplement les symptômes de l'infarctus. C'est une simple interprétation. Il reste que ce qui compte ici, c'est que le nombre total des décès dû à une maladie cardiovasculaire n'a pas changé.

Il faut donc s'intéresser plutôt aux moyens d'améliorer les compétences professionnelles qui assureront la qualité des données et la légitimité de nos demandes au sujet des diverses interventions technologiques. Je n'ai pas de solution à proposer, mais c'est un problème réel. Pour en revenir au changement des types de maladies, voici une estimation du nombre de personnes démentes aux États-Unis par année et par groupe d'âge. On ne voit pas très bien le haut, mais on constate que chez les plus de 85 ans, il y a une certaine évolution et chez les 75 à 84 ans, il y a une autre sorte d'évolution. Évidemment, plus il y a de personnes âgées, d'après ce que l'on sait, plus la proportion des déments incapables de s'occuper d'eux-mêmes va augmenter.

C'est tout un défi. J'ignore quelle peut être la solution. Il faudra évidemment des soins, mais quel genre de soins? Quel genre d'appui peut-on offrir? C'est une question très fondamentale pour la société qui doit constamment s'adapter pour faire face à la situation.

On peut aussi faire une estimation du nombre des futures fractures de la hanche. Si nous ne comprenons pas mieux pourquoi cela survient chez les personnes âgées, le nombre continuera d'augmenter. Une intervention médicale dans de tels cas peut être très bénéfique, et c'est pourquoi on fera pression sur les services hospitaliers qui traitent ces problèmes. Évidemment, si on peut remettre sur pied une personne qui s'est fracturée la hanche, cela arrange tout le monde.

En revanche, si on pouvait comprendre pourquoi cette personne se fracture la hanche et si on prévenait de telles fractures, ce serait encore mieux. On peut ainsi faire des projections pour savoir à quel genre de problème on sera confronté à l'avenir.

Voici pour le tableau sommaire des soins de santé. La question fondamentale est celle des attentes qui ne sont plus les mêmes, surtout à cause du vieillissement de la population. Les maladies de la population âgée seront difficiles à soigner et avec les pressions financières et les contraintes budgétaires, il faudra réfléchir très sérieusement au problème et aux solutions possibles.

Si on veut y parvenir, il faut absolument prendre le temps de faire certaines distinctions. On doit notamment savoir combien de richesses on peut produire à gauche pour financer les services à droite. Remarquez qu'ici, je leur ai donné un nom un peu différent et que l'on retrouve des activités non commerciales, toutes deux sous la rubrique consommation.

Si vous décidez de privatiser les soins de santé comme certains le conseillent, vous serez confrontés aux mêmes problèmes qu'aux États-Unis. N'oubliez pas que l'on consomme des ressources tirées d'un ensemble fini de

[*Text*]

function; it is not a wealth-creating function. You also run the risk, if you go into a mixture of financing, of creating greater inequity in the system. You know the story in the United States. So do not believe that private financing will save you any money as an overall economy. It will not. The evidence is very powerful about that.

If you are concerned about wealth and health care, you have to be concerned about what is happening in the left-hand side of that box.

Now I am going to take you through a few of the points about that. To give you an example of what that means, consider that we live in Detroit and we have three major automobile businesses that essentially operate on the left-hand side, the top part of the box. In the 1960s they failed to invest in the innovation necessary to maintain their competitive position in the world. They are struggling to survive and their profits are low. The city of Detroit has a very depressed economy, and most of you who have been to Detroit know something about its broad socio-economic problems. They are examples of industries representing what I will call decreasing returns for the investments they make in their society in their business. They may pull out of it, but they are struggling very hard to come through.

In contrast, let us move to Seattle, which has an industry called Boeing Aircraft. Boeing employs 100,000 people. It produces a very high value-added product with lots of knowledge into it, which is very hard for anybody else to replicate easily, both in terms of the knowledge involved in it and the cost. Boeing has market share in the top-end jet aircraft, so each time it produces a jet aircraft it costs it less money to produce it, but it sets its price in world markets. Therefore it is a price setter, not a price taker. Therefore its profits are high. It pays its staff quite well, and Seattle is a very prosperous community.

• 2030

Boeing represents what in today's world would be called an innovation-driven business that gets increasing returns because of what it does. The automotive industry represents the other side of the coin. Canada has very few industries that create increasing returns.

If you want to finance health care, you really do have to have businesses that can create that wealth for you. If you go into the United States' system of health care costs, in which you put a huge burden on your automotive producers to provide insurance in their system, you actually handicap their capacity to be innovative. It is important to understand these links. I can give you a lot more details about this from other experts if you wish to have it.

Let us look at the Canadian economy. Around about 1975 something happens, and I believe this is probably John Turner's budget, for those of you who are Liberals. Up to that time our debt, the dotted line—actually it was a surplus—goes the other way. You will notice that something else happens. Our expenditures, percentage of the GDP, continue on a fairly good slope. Then you hit 1984 and the Conservatives come into power, and you will notice that it

[*Translation*]

ressources, publiques ou privées. C'est de la consommation et non de la production de richesses. Si on opte pour un financement mixte, on risque d'avoir un régime encore plus inéquitable. Vous savez ce qui se passe aux États-Unis. N'allez donc pas croire que l'entreprise privée permettra d'économiser globalement. C'est faux. Les données sont irréfutables.

Si le financement des soins de santé vous inquiète, vous devez vous intéresser à ce qui se passe ici, à gauche.

Je vais maintenant vous exposer certaines observations à ce sujet. Par exemple, supposons que nous habitions à Détroit où se trouvent les trois principaux constructeurs automobiles qui se retrouvent à gauche, en haut. Dans les années 60, ils ont négligé d'investir dans les innovations qui leur auraient permis de maintenir leur compétitivité dans le monde. Ils survivent donc avec peine et font peu de profit. L'économie de la ville de Détroit est en crise et ceux d'entre vous qui y sont allés sont sans doute au courant de ces graves problès socio-économiques. Voilà des industrie dont le rendement décroît. Peut-être se tireront-elles du marasme. Elles font en tout cas beaucoup d'efforts pour s'en sortir.

Passons maintenant à Seattle où se trouve une usine de Boeing. Boeing emploie 100,000 personnes. Elle fabrique un produit à très forte valeur ajoutée qui nécessite énormément de connaissances et qu'il est donc très difficile de copier, autant à cause de ce qu'il faut savoir que de ce qu'il faut investir. Boeing accapare le marché des avions à réaction haut de gamme. Chaque fois qu'elle fabrique un avion, elle abaisse ses coûts de production et impose son prix sur les marchés internationaux. Comme c'est elle qui fixe les prix, ses profits sont élevés. Ses employés sont bien rémunérés et Seattle est une localité très prospère.

Dans notre société actuelle, Boeing est une entreprise axée sur l'innovation dont le rendement augmente grâce à ce qu'elle fait. L'industrie automobile représente l'envers de la médaille. Il y a au Canada très peu d'industries dont le rendement augmente.

Pour financer les soins de santé, on a besoin d'entreprises qui créent des richesses pour nous. Si on opte pour un régime à l'américaine qui impose aux constructeurs automobiles le fardeau d'offrir les assurances, on nuit à l'innovation. Il faut absolument comprendre tous ces liens. Je pourrais vous donner plus de détails venant d'autres experts si vous le désirez.

Examinons maintenant l'économie du Canada. En 1975, il s'est passé quelque chose. Il s'agissait, je crois, du budget de John Turner pour ceux d'entre vous qui sont libéraux. Jusqu'alors, notre dette, la ligne pointillée—en fait note excédent—va dans l'autre direction. Remarquez que quelque chose d'autre s'est produit. Nos dépenses en pourcentage du PIB suivent une courbe assez intéressante. Puis, c'est 1984 et l'arrivée au pouvoir des conservateurs. Remarquez que la

[*Texte*]

actually starts to go down. Mr. Wilson is quite right as to what has happened.

That is not nearly as important as the revenues as percentage of GDP. You see, they start to fall in 1975 and they really have not come back. That is a very serious issue because of the gap between the revenues the government gets and the expenditures, which of course has created that enormous climb in our national debt. Let us go back to the slide and think for a moment. Supposing the trail of goods and services sector is not creating the same amount of wealth from 1975 on as it was doing before, but you had a set of programs you put in place. What would happen? You would get precisely what you see on that graph.

Has that indeed happened? Let us look at the evidence. Canada's GDP per capita was second to the United States in 1960 when this slide was made—we were eighth. We are now twelfth in the world, so our gross domestic product per capita has declined. People will bring in the purchasing power parody thing and say that it has not declined. That has some basic flaws in it as well. Basically in real dollars, that is what has happened.

You all know about the lack of funding for education, problems funding health care and social services. We know about the changes in our large cities and the large deficit. Something has been going on that is rooted in something. The direct government expenditures as a percentage of gross domestic product—these are all governments—has remained at about 20.2% of the gross domestic product since 1974, so it has not climbed. The interest on the debt has climbed, the transfer payments to individuals have climbed, and the transfer payments to business are high since 1974. They have not decreased; they have actually increased.

Transfer payments to individuals are things like unemployment insurance and social service benefits. Transfer payments to business are the help to agriculture, fisheries, and the other things we provide. The transfer payments to individuals going up means a failing economy. It is not providing enough opportunity to people in the country. The transfer payments to business may also be implying that your country is not making its adjustments. From 1980, if you actually subtract the transfer payments to business from the tax contributions that business has generated for the Government of Canada, the net business contribution to the revenues of Canada has been zero. That slide and these data come from the national accounts of Statistics Canada. Since 1975 I believe we have been showing a weaker and weaker capacity to produce the wealth necessary to sustain our society.

If you look at the public sector deficit—you see it here—the direct expenditures, the middle line, have been held pretty constant. But if you track the revenue net of the transfer payments, you will see how it has gone down since 1974. That corresponds to your deficit problem.

[*Traduction*]

courbe commence à descendre. M. Wilson sait effectivement ce qui s'est passé.

C'est loin d'être aussi important que les revenus en pourcentage du PIB. Regardez, ils commencent à diminuer en 1975 et les choses ne se sont pas pas améliorées depuis. C'est très grave à cause de l'écart entre les revenus du gouvernement et ses dépenses, ce qui a évidemment entraîné un formidable accroissement de notre dette nationale. Revenons-en à la diapositive et supposons un moment que le secteur des produits et services ne crée pas autant de richesses après 1975 qu'avant, tout en gardant les mêmes programmes. Que se passerait-il? Exactement ce que montre le graphique.

Cela s'est-il effectivement produit? Regardons les chiffres. Le PIB du Canada par habitant était le deuxième en importance après les États-Unis, en 1960, au moment où la diapositive a été préparée. Ici, nous sommes au huitième rang. Maintenant, nous sommes au douzième rang dans le monde, ce qui signifie que notre produit intérieur brut par habitant a diminué. Certains introduisent l'argument du pouvoir d'achat pour dire qu'il n'a pas diminué. Mais ce concept n'est pas sans faille. En fait, en dollars réels, voilà ce qui s'est produit.

Vous savez tous qu'on manque de fonds pour l'éducation comme pour les soins de santé et les services sociaux. Nous savons qu'il y a eu des changements dans les grandes villes et que le déficit est considérable. Il s'est passé quelque chose pour une raison quelconque. Les dépenses gouvernementales directes, exprimées en pourcentage du produit intérieur brut—il n'y a que des gouvernements—est toujours de 20,2 p. 100 depuis 1974. Il n'y a donc pas eu d'augmentation. Pourtant, l'intérêt de la dette a augmenté, les paiements de transfert aux particuliers ont augmenté et les paiements de transfert aux entreprises sont élevés depuis 1974. Rien n'a diminué, au contraire.

Par paiements de transfert aux particuliers, on entend les prestations d'assurance-chômage, d'aide sociale et autres. Les paiements de transfert aux entreprises, ce sont les subventions aux agriculteurs, aux pêcheurs et le reste. Les paiements de transfert aux particuliers augmentent dans une économie en difficulté et qui n'offre pas suffisamment de possibilités à la population. Les paiements de transfert aux entreprises peuvent aussi signifier que le pays ne s'adapte pas comme il le devrait. À partir de 1980, si vous soustrayez les paiements de transfert aux entreprises des impôts et taxes que celles-ci ont rapportés au gouvernement fédéral, on arrive à zéro. Cette diapositive et les données qu'elles présentent sont tirées des comptes publics de Statistique Canada. Depuis 1975, nous sommes de moins en moins en mesure de produire les richesses nécessaires pour assumer notre mode de vie.

Regardez ici le déficit du secteur public, les dépenses directes, la courbe du milieu, sont demeurées presque constantes. Mais regardez le revenu net des paiements de transfert, il diminue depuis 1974. Cela correspond au déficit.

[*Text*]

Let us now think about increasing returns and decreasing returns in economic growth. Just to remind you, Canada's trade dominance is of course in forestry, mining, energy, grain, and fish. Its imports—the big thing is in the value-added products, machinery, equipment on the right hand side. Essentially, we are not trading in many things that are high value-added, that create increasing returns; we are trading in things that may be creating a problem for us.

• 2035

This slide shows you the intensity of raw materials used per unit of industrial production in Canada. It shows you that with the exception of aluminum, everything else has been going down. The areas we trade the most in are things where there is actually less and less consumption occurring.

This shows you perhaps the single most important thing. This is the price of commodities—per unit commodity—sold in world markets using 1974 as 100. If you look at that graph, although there are peaks and valleys, the striking thing is that the slope is really downward. The slope shows that the unit value of commodities sold has decreased by 25% since 1974.

My diagnosis of the problem for you, then, is that the changing nature of an economy, based on the export of raw resources, will have increasing difficulty generating the income necessary to sustain the basic functions in society. That is what has been taking place. Therefore, you are caught in your deliberations in an economy that is in decline relative to the rest of the world. Unless we can come to the concept of innovation in economic growth, we will not turn that around. As long as we are caught in diminishing returns for our investments as opposed to increasing returns, we will have trouble creating the wealth to sustain our prosperity.

One way of thinking about this is to look at this schematic slide. If you think of output on the left-hand side as wealth production and the bottom line as capital investment, there is a well-known relationship in economics between capital investment and output. That is the white line. That is standard economic theory. Porter has written a book called *The Competitive Advantage of Nations*, which is being discussed widely in elements of Ottawa, in which he has an interesting classification of economies. I just show two of them on this slide.

One is a wealth-driven economy. That is an economy that ceases to make investments to create wealth. An example of that would be the United Kingdom, and he believes the United States slid into this domain in 1975. You are essentially playing fiscal roulette. You are not really investing to create wealth. Your output will then falter.

An innovation-driven economy is an economy that uses knowledge to create wealth to new products and services as opposed to extracting raw materials. You can be creative with raw materials, but you have to think hard about it. You have to be creative in your technology and add value to it. Canada has not hit that innovation-driven curve, and I am arguing that because of the nature of our economy, we have actually slid off that white line.

[*Translation*]

Réfléchissons maintenant à l'augmentation et à la diminution du rendement et de la croissance économique. Je vous rappelle que le Canada exporte surtout des produits forestiers, miniers et énergétiques, des céréales et du poisson. Il importe surtout des produits à valeur ajoutée, des machines, du matériel, à droite. Nous ne vendons pas des produits à forte valeur ajoutée qui permettent d'augmenter le rendement. Nous vendons des produits qui sont probablement à la source de nos problèmes.

Sur cette diapositive, on indique la quantité de matière première utilisée par unité de production industrielle au Canada. On voit qu'à l'exception de l'aluminium, tout a diminué. Les produits plus importants pour nous sont précisément ceux dont la demande diminue.

Voici sans doute le plus important. Il s'agit du prix unitaire des denrées vendues sur les marchés mondiaux; 100 correspond à l'année 1974. Regardez ce graphique. Même s'il y a des hauts et des bas, ce qui frappe, c'est que la courbe descend. On voit ainsi que le prix unitaire des marchandises vendues a diminué de 25 p. 100 depuis 1974.

Selon moi, le problème c'est donc, dans la conjoncture actuelle, qu'une économie fondée sur l'exportation de matières premières aura de plus en plus de mal à produire les revenus nécessaires pour maintenir les fonctions sociales de base. Voilà ce qui se produit. Vous êtes donc aux prises avec une économie en déclin par rapport au reste du monde. À moins de se tourner vers l'innovation pour assurer notre croissance économique, nous ne pourrons pas corriger la situation. Tant que nous ferons face à un rendement décroissant de nos investissements, nous aurons du mal à créer les richesses nécessaires au maintien de notre prospérité.

On peut se représenter la situation comme ce schéma. Supposons que la production, à gauche, génère des richesses et que la ligne du bas représente les investissements, il y a un lien bien connu en économie entre l'investissement et la production. C'est la ligne blanche. C'est la théorie économique habituelle. Porter a écrit un livre intitulé *The Competitive Advantage of Nations* dont on discute énormément dans certains milieux à Ottawa. On y trouve une classification intéressante des économies. J'en présente seulement deux sur cette diapositive.

Il y a l'économie dont le moteur est la richesse. C'est une économie qui n'investit plus pour créer des richesses, comme c'est le cas au Royaume-Uni, et il croit que les États-Unis ont ce type d'économie depuis 1975. On mise alors essentiellement sur la fiscalité. On n'investit plus vraiment pour créer de la richesse et la production commence à péricliter.

L'économie axée sur l'innovation se sert de la connaissance pour créer des richesses, de nouveaux produits et services au lieu d'extraire des matières premières. On peut utiliser des matières premières avec créativité, mais ce n'est pas évident. Quand on se montre créatif avec sa technologie, on y ajoute de la valeur. Le Canada n'a jamais atteint cette courbe et je prétends qu'étant donné la nature de son économie, il ne suit même plus cette même ligne blanche.

[*Texte*]

If you look at the hard evidence about whether we are an innovation-driven economy or not, you can look at a variety of measures. If you look at R and D, which is one measure of inputs that are necessary, we simply do not stand up at all. Our industry-funded R and D per gross domestic product is the lowest of the Group of 7 countries, and our scientists in the labour force are the lowest. All of this information is available to any of you in the NABST reports to the Prime Minister, which I believe you can get. This is not new. It just tells you the diagnosis of the problem.

This simply shows you Canadian industry's capacity to be innovative in terms of its R and D. What you have here is the expenditure in R and D as a percent of sales by industrial sectors over the U.S. industries. The striking thing is that pulp and paper, which is a key industry in Canada and a key export industry, is way below the United States. That means we are not putting a lot of value-added on our forestry products. We are paying a price for that.

Telecommunications and aircraft are pretty dramatic. Telecommunications is the impact of Northern Telecom, and I would argue that because of that, there should be a higher priority in the Government of Canada for keeping Northern Tel operating from Canada. The aircraft is simply the impact of the Pratt & Whitney decision not to put their turbo-prop aircraft engine division in the United States. They happen to be in Canada, and it sells well. That is a pretty sad picture for a country that should be moving into a more innovation-driven economy.

This tells you a bit more about it. This shows you the growth of real value-added per person employed in manufacturing. If you are trying to get to the concept of increasing returns, you would want this figure to be high, like Japan, or at least at the average for G-7. Look where Canada has been from 1974 to 1986. We simply have been at the bottom of the pack.

• 2040

This is a diagnosis of an economy that is not producing enough income to sustain itself. We now go back to the health care material, which I had in earlier, and think about that. You are going to be thinking about your health care system and you have gone through a lot of arguments for this: profit versus non-profit. I ask you not to think about it in a simple manner.

You have a system of health care that is considered by thoughtful Americans in some recent articles... One had appeared in *American Prospect*, written for the Americans. It says very clearly that the myths that are proposed in the United States about the nature of Canada's health care system are really myths and that what has been achieved in Canada is unique and distinctive and its equity is extraordinarily good.

[*Traduction*]

Si vous voulez des preuves concrètes montrant que nous ne sommes pas une économie axée sur l'innovation, il y en a plusieurs. Prenez la recherche-développement, qui est un étalon des intrants nécessaires, vous verrez que nous ne faisons pas du tout le poids. Le rapport entre notre recherche-développement industrielle et notre produit intérieur brut est le plus faible des pays du Groupe des Sept et c'est au Canada que la proportion de scientifiques dans la main-d'oeuvre active est la plus faible. Toutes ces données se trouvent dans les rapports du CCNST au premier ministre, que vous pouvez certainement vous procurer. Ce n'est pas nouveau. On a simplement diagnostiqué le problème.

Ici, on montre la capacité d'innovation de l'industrie canadienne par rapport à sa recherche-développement. Ici, vous avez les dépenses en R-D exprimées en pourcentage des ventes par secteur industriel, par rapport aux dépenses des entreprises américaines. Ce qui frappe, c'est que pour l'industrie des pâtes et papiers, une industrie-clé au Canada et l'une des principales sources d'exportation, les dépenses sont largement inférieures à celles des États-Unis. Cela signifie qu'il n'y a pas beaucoup de valeur ajoutée à nos produits forestiers. Nous devons en payer le prix.

Dans le secteur des télécommunications et de l'aéronautique, c'est pitoyable. Dans les télécommunications, il y a Northern Telecom, et le gouvernement fédéral devrait absolument s'efforcer de garder Northern Tel au Canada. Quant à l'aéronautique, Pratt et Whitney a décidé de ne pas déménager aux États-Unis sa division des moteurs d'avions turbo-propulsés. Elle se trouve au Canada et elle a un bon chiffre d'affaires. C'est assez triste pour un pays qui devrait s'orienter vers une économie axée sur l'innovation.

Voici une diapositive qui en révèle un peu plus. On voit la croissance de la valeur ajoutée réelle par employé dans le secteur manufacturier. Si vous souhaitez accroître le rendement, ce chiffre doit être aussi élevé que celui du Japon ou correspondre au moins à la moyenne des pays du groupe des sept. Regardez ce qu'il était pour le Canada de 1974 à 1986. Nous sommes à la traîne.

C'est un signe qui indique que l'économie ne produit pas suffisamment de revenus pour pouvoir fonctionner. Revenons au document concernant les soins de santé que j'ai présenté plus tôt et réfléchissons un peu à ce sujet. Vous allez réfléchir à notre régime de soins de santé et vous avez déjà entendu beaucoup d'arguments sur la question: but lucratif ou non lucratif. Je vous demanderais de ne pas trop simplifier ce problème.

Vous avez un système de soins de santé que des Américains bien informés ont récemment qualifié dans des articles... Il y a un article qui a paru dans le *American Prospect* rédigé à l'intention des Américains. Cet article dit très clairement que les jugements que l'on entend aux États-Unis sur la nature du régime de soins de santé canadien sont en fait des mythes et que ce que nous avons mis sur pied au Canada est un régime unique, différent et de nature très équitable.

[*Text*]

To go into the idea that you can privatize part of the Canadian health care system is really misleading people. There are a whole series of issues in there: the changing role of physicians, etc. Be very careful about this argument. Yes, you might be able to introduce those into a publicly funded health care system; indeed, it is a thing you could do. Remember when you do it that you will be changing the role of physicians and you are going to have to have their co-operation to be able to do it.

I think physicians should be more accountable for what they do. I do not have any problems with this, but you will have to construct in a manner that maintains the physician's integrity vis-à-vis the patient but builds a much more accountable kind of system.

How do you put in incentives to consumers? You can do it in a publicly financed system. Indeed, I am a firm believer that you can take a publicly financed system and create some of the models of the American HMO system into that kind of system to create some incentives and some diversity in the system. Approach it carefully. Just remember the other tangled web we have. The U.K. and Canada with centrally publicly funded systems have equity but they do not have a lot of flexibility, whereas the United States has lots of flexibility but terrible equity. Your job was to craft a nice balance in that. Be very careful about the kinds of solutions you go to.

I think you should be looking for how you build flexibility into a system that has equity. My profession will have to resist you to a certain point in that. Also remember that we are probably overproducing physicians at the moment in this country and that young graduates have to earn a living. Their options for earning a living are to find somebody they can service.

You will have to think this through in terms of the demography and of the changing nature of disease and problems. I think you will have to avoid putting the profession in the position that it has to medicalize care of the elderly, which is better left in the hands of other support services. This is a very deep issue, which I do not think we have really confronted in our society yet.

I do not go for increased government involvement. I go for increased consumer involvement and I go for market forces in a publicly financed system. I gave you the reasons for it because I do not want you to distort the economy. Even if you are under pressure, because we cannot generate enough financing to fund it, please do not slip into simple solutions.

Let us go back to changing the economy; this is the thing I really think is more fun. Why is it important? Let us look at health from a population perspective. There is at least a 200-year history of poverty associated with sickness and

[*Translation*]

Il serait trompeur de faire croire qu'il est possible de privatiser certains secteurs du régime de soins de santé canadien. Cela soulève toute une série de questions: la modification du rôle des médecins, etc. Il faut être très prudent devant cet argument. Oui, vous pourriez peut-être intégrer ces éléments dans un régime de soins de santé financé par l'État; en fait, cela serait possible. N'oubliez toutefois pas que vous risquez de changer ainsi le rôle des médecins et que vous aurez besoin de leur collaboration pour arriver à mettre en place ces changements.

Je pense que les médecins devraient être tenus davantage responsables de leurs actes. Cela ne m'inquiète pas, mais il faudra prévoir un mécanisme qui conserve l'intégrité du médecin vis-à-vis de son patient tout en imposant aux médecins une plus grande responsabilité.

Comment peut-on utiliser des mesures incitatives à l'égard des consommateurs? Cela est possible dans un système financé par l'État. En fait, je crois fermement qu'il est possible de créer à partir d'un système public certains modèles américains du système HMO pour introduire certaines formes d'incitation et une certaine diversité dans le régime de soins de santé. Mais il faut procéder avec prudence. N'oublions pas la complexité de l'autre système. Le Royaume-Uni et le Canada ont tous deux des systèmes financés par l'État, ce qui veut dire un système équitable mais un système qui n'est pas souple alors qu'aux Etats-Unis, le système est souple mais de caractère inéquitable. Votre tâche consiste à concilier ces deux valeurs. Vous devrez être très prudents dans le choix des solutions.

Je pense qu'en fait qu'il s'agit d'envisager l'introduction d'une certaine souplesse dans un système équitable. Ma profession sera amenée à vous offrir une certain résistance si vous allez dans cette direction. N'oubliez pas non plus que nous formons probablement trop de médecins à l'heure actuelle et que les jeunes diplômés doivent gagner leur vie. La seule façon de gagner leur vie est d'offrir leurs services à qui voudra bien les rémunérer.

Il vous faudra repenser cette question en termes de démographie et de l'évolution des maladies et des problèmes. Je pense que vous devrez éviter de mettre la profession dans une situation où elle doit médicaliser les soins offerts aux personnes âgées, alors qu'il serait préférable de confier ces soins à d'autres services de soutien. C'est une question très complexe que notre société n'a pas encore véritablement débattue.

Je ne suis pas en faveur d'une augmentation de la participation du gouvernement. Je favoriserais une participation accrue des consommateurs et préconiserais le respect des forces du marché dans un système public. Je vous ai expliqué pourquoi: je ne voulais pas que vos décisions risquent de déformer le jeu des forces économiques. Même si vous subissez des pressions, dans la mesure où nous ne pouvons pas produire assez de fonds, je vous demande de ne pas choisir des solutions trop simples.

Revenons-en à cette question de la modification de l'économie; je pense que c'est ce qui est plus intéressant. Pourquoi cette question est-elle importante? Examinons les problèmes de santé dans une perspective démographique.

[*Texte*]

premature death. Poor physical environment causes poor health. Prosperity is good for health. The common philosophy of free market people and economics is that the destitute and dying deserve their fate. Indeed, you could argue that this is the U.S. philosophy.

The National Health Service in 1948 was introduced because they thought you could raise the general level of health and fitness by publicly financing health care and removing the barriers to health care and that you would increase productivity and national prosperity. The expectation was that you could correct illness in the health care system, which are products of physical and environmental problems. I am going to show you that those assumptions were wrong.

Let us look a little bit now at that story. Do the destitute and dying deserve their fate? Some of you who know me have seen this slide many times. It is from the work of Thomas McKeown. Interestingly enough, it is McKeown's work that was the basis of the Lalonde white paper in 1974 and 1975. What Tom McKeown did was to simply look at the records from England and Wales from 1838 to 1970 and to plot the changes in mortality for the then major causes of death, which were primarily infectious diseases; namely, tuberculosis.

• 2045

When we went to medical school, Dr. Halliday and I were taught that lots of people have the tuberculosis bacillus but only certain people express it with the disease, and that the factors that brought out the disease were degenerate life, poor nutrition, poor housing, and too much alcohol. I think those factors were among the many that were in Boyd's *Textbook of Pathology*. One wonders whether that decline you see there is not related to changes in those factors, because only in chemotheraphy, which consists of streptomycin, do you really change the medical intervention in the course of tuberculosis illness.

So McKeown studied all the major infectious diseases and came to the conclusion that about 75% of the change in mortality could not be attributed to public health measures or to medical intervention. The puzzle is why?

He said the change was perhaps largely due to improved nutrition through the impact of the industrial revolution. In the 1970s I thought that factor was probably quite important, but I would now say that the reason is probably more complex. I will come to some of the points that are probably operating. But the change is certainly associated with the prosperity that eventually went through British society and was associated with the industrial revolution. I think we can all accept that association.

[*Traduction*]

Cela fait plus de 200 ans que la pauvreté a toujours été associée à la maladie et à une mort prématurée. Le mauvais environnement physique est la cause d'un mauvais état de santé. La prospérité est bonne pour la santé. Les gens qui sont en faveur du libre jeu des forces du marché et d'une économie libre justifient cette situation en disant que les malades et les mourants méritent leur sort. En fait, on pourrait soutenir que c'est là la philosophie des E.U.

On a mis sur pied en 1948 le National Health Service parce qu'on pensait qu'il était possible d'améliorer la santé et la forme physique des gens en accordant des fonds publics aux soins de santé et en supprimant les obstacles à ces soins de façon à augmenter la productivité et la prospérité nationale. On espérait ainsi que le régime de soins de santé supprimerait les maladies, alors quel est le produit de problèmes physiques et environnementaux. Je vais vous démontrer que ces hypothèses étaient fausses.

Examinons cette question d'un peu plus près. Les malades et les mourants méritent-il leur sort? Ceux qui me connaissent ont déjà vu plusieurs fois cette diapositive. C'est une oeuvre de Thomas McKeown. Il est intéressant de noter que l'oeuvre de McKeown a largement inspiré le Livre blanc de M. Lalonde en 1974 et 1975. Tom McKeown a tout simplement examiné les registres en Angleterre et au Pays de Galles pour la période allant de 1838 à 1970 et il a indiqué les changements du taux de mortalité par rapport aux principales causes de décès de l'époque, qui étaient surtout les maladies infectieuses; à savoir la tuberculose.

Lorsque nous faisions nos études médicales, le D[r] Halliday et moi avons appris que la plupart des gens avaient le bacille de la tuberculose mais que certaines personnes seulement en étaient malades et que les facteurs qui facilitaient l'apparition de la maladie étaient une mauvaise nutrition, des logements insalubres, trop d'alcool, et une vie de dégénéré. Je pense que ces facteurs figuraient dans l'ouvrage de Boyd *Textbook of Pathology*. On se demande si la disparition de cette maladie, que nous constatons ici, ne découle pas de la modification de ces facteurs car seule la chimiothérapie, c'est-à-dire l'utilisation de la streptomycine, a modifié l'intervention médicale dans l'évolution de la tuberculose.

McKeown a ainsi étudié les principales maladies infectieuses et en est arrivé à la conclusion qu'environ 75 p. 100 de la variation du taux de mortalité ne pouvait être attribuée aux mesures de santé publique ou aux soins médicaux. La question demeurait donc entière.

Il a mentionné que cette évolution s'expliquait peut-être principalement par une meilleure nutrition à la suite de la révolution industrielle. Dans les années 70, je pensais que ce facteur était sans doute important, mais je dirais maintenant que la raison de cet écart est probablement bien plus complexe. Je vais aborder maintenant certains facteurs qui ont certainement une influence sur la question. Mais il est vrai que cette diminution de la mortalité est certainement reliée à la prospérité qui s'est finalement propagée dans tous les secteurs de la société britannique avec la révolution industrielle. Je pense que nous pouvons tous reconnaître l'existence d'un tel rapport.

[*Text*]

Next is what we call a 2 by 4 in the presentation of this material, and it is composed of British data. The British conduct their census by social class, so social class 1 is at the top of the heap, consisting of those who are affluent and well-educated, while social class 5 is at the bottom of the heap and consists of those who do manual labour and are poorly educated. The British have then taken their vital statistics and linked them to their census data, so the overall mortality rate for the population will have a value of 100. If the statistics for a social class are less than 100, the value will then be below 100. Of course, higher mortality than the average will result in a value that is above 100.

You will notice that the gap between social class 1 and 5, expressed as standardized, and the mortality ratios was about 21% in 1931. In 1971 the gap had climbed to a value of nearly 60%, as you will see. In 1975 the Merrison Royal Commission on Health Services was held in the U.K. and they were puzzled by this gap because, as I said earlier, the expectation is that public financing of health care should impact this gradient.

That puzzlement led to the commission under Sir Douglas Black, which tried to look at the reason for the inequalities in health in the U.K., which led in turn to a famous document that came out in 1980 after Maggie Thatcher assumed power. She allowed only 500 copies of this document to be printed because it began to deal with the conflict between expenditures in health care and those in other areas that might influence the reason for this gradient.

The report is a marvellous document to read because the two positions said that on the one hand, health care is limited in what it can do but is the important one of the two social sciences, and that on the other hand, health care is useful but investment in the socialist programs could be more important. Obviously, they could not resolve the conflict.

The 1981 data shows that the gap has widened even further. Characteristic of the U.K. during this period is that this economy has been declining relative to the rest of the world, and it is important to think about that fact. The British economy has not been a prosperous one. Does that fact have something to do with the data you are seeing there?

This comment is not to say that health care is unimportant, by the way. Indeed, caring is an important aspect in a society. But it says that determinants of health, as looked at in mortality, were more broadly based than those that a health care system can do something about.

This next slide shows a tricky kind of statistic to look at; i.e., mortality by social class, comparing Sweden and the U.K. They have created a contrast by social class on the basis of the data in the two countries. The striking point in this data is that social classes 4 and 5 of the Swedish group have a lower mortality rate for the 2 per 100,000 per year than do the top social classes in the U.K. The other aspect that will impress you is that the compression in Sweden is much

[*Translation*]

Nous en arrivons maintenant à un élément important des renseignements sur cette question, il s'agit de données britanniques. Les Anglais effectuent leur recensement par catégorie sociale, de sorte que la catégorie sociale numéro 1 est au sommet, ce sont les personnes riches et instruites, tandis que la catégorie sociale 5 se trouve en bas de la hiérarchie et comprend les travailleurs manuels sans grande instruction. Les Britanniques ont alors fait une corrélation entre certaines statistiques sur les taux de mortalité et les données du recensement, de sorte que le taux de mortalité global de la population aurait une valeur de 100. Si les données statistiques concernant une catégorie sociale particulière sont inférieures à 100, cette valeur serait alors inférieure à 100. Bien entendu, si le taux de mortalité est supérieur à la moyenne, il se verra attribuer une valeur supérieure à 100.

Vous remarquerez que l'écart entre les catégories sociales 1 et 5, exprimé sous une forme normalisée, et les taux de mortalité s'établissait à environ 21 p. 100 en 1931. En 1971, cet écart était passé à près de 60 p. 100, comme vous le verrez. En 1975, la Merrison Royal Commission on Health Services a été mise sur pied au Royaume-Uni et a été surprise par l'existence d'un tel écart car, comme je l'ai dit plus haut, on s'attendait à ce que le financement public des soins de santé le réduise.

Cette commission, dirigée par Sir Douglas Black, a donc tenté de découvrir les raisons de cette inégalité sur le plan de la santé au Royaume-Uni, ce qui a donné un document célèbre, publié en 1980 après l'arrivée au pouvoir de Maggie Thatcher. Elle n'en a fait imprimer que 500 exemplaires, car il examinait le conflit existant entre les dépenses consacrées aux soins de santé et celles consacrées à d'autres secteurs ce qui pouvait expliquer cet écart.

Ce rapport est extrêmement intéressant parce qu'il affirme d'une part que le régime de soins de santé est limité dans ses résultats mais que c'est la science sociale la plus importante des deux et que d'autre part, les soins de santé sont utiles mais que des investissements dans des programmes d'orientation sociale pourraient être plus importants. Il est évident, qu'ils n'ont pas réussi à résoudre ce conflit.

Les données relatives à 1981 indiquent que l'écart s'est encore élargi. La situation économique qu'a connu le Royaume-Uni au cours de cette période a été difficile par rapport au reste du monde et il est important d'en tenir compte. L'économie britannique n'a pas été très prospère. Ce fait est-il relié aux données que vous pouvez voir ici?

Ceci ne veut pas dire que les soins de santé ne sont pas importants. En fait, ces soins représentent un aspect marquant d'une société. Mais ces chiffres indiquent que les facteurs qui influent sur la santé, exprimés en termes de mortalité, sont plus larges que ceux sur lesquels un régime de soins de santé peut avoir un effet.

La prochaine diapositive montre des données statistiques assez complexes; à savoir, le taux de mortalité par catégorie sociale, en comparant la Suède et le R.U. Ces chiffres font apparaître un contraste entre les catégories sociales des deux pays. L'aspect le plus frappant de ces données est que les catégories sociales 4 et 5 en Suède ont un taux de mortalité inférieur, en regroupant les chiffres de ces deux catégories par 100,000 habitants par année, par rapport aux catégories

[*Texte*]

greater than that in the U.K. That factor may be due to the generic characteristics of the Swedes or may infer that the social environment in Sweden is different from that in the U.K., but it is important to keep that factor in mind as we build up the story.

Mrs. Clancy (Halifax): I am sorry, Doctor, but I do not understand what you mean by compression.

Dr. Mustard: Sorry. If you look at the GATT figures, Sweden is 378 per 100,000 for 1 and 2, and 482, which amounts to a difference of about 100. The United Kingdom is 200.

Mrs. Clancy: I see what you mean. Good. Thank you.

Dr. Mustard: They have reduced the shape of the gradient. I do not have the slide with me, but if you are interested in this factor, look at the co-efficient of income disparity against life expectancy, and you will see that the narrower the gap in income disparity, the longer the life expectancy.

• 2050

Now, this is the data for male life expectancy in four European countries after the Second World War. This is life expectancy from birth. Sweden obviously was not in the war and maintained its prosperity and continued to improve. Austria was quite low at the end of the Second World War, around 62 years; it has climbed steadily. Two eastern European countries actually do quite well under the initial period of communist rule, but then about 1960, which is about the time their economies start to falter, you actually start to get a cessation in the improvement and it starts to fall. This is true, by the way, for all eastern European countries. It also includes the Soviet Union.

Something went on in those economies that had an impact on the health of their people. Just to remind people, the thing that really happened is they were unable to sustain their prosperity, and therefore their physical environments deteriorated as well as their social environments.

We have an interesting story on this slide. This is comparing life expectancy for a group of European countries—Canada, Germany, France, the United Kingdom, the U.S.A., and a province called Quebec—against Japan. This was prepared by André-Pierre for our presentation in Quebec.

The important thing for you to see is that the red diamonds, which are Japanese males, start out with a life expectancy in 1960 of about 66 years; in 1986 they have climbed to 76 and they are still climbing. They are now at 78 years. That is an extraordinary change in life expectancy. It has nothing to do with increased expenditures in health care, which are still about 6.3% of their gross domestic product, but it says that something dramatic has been going on. And

[*Traduction*]

sociales supérieures au R.U. L'autre aspect intéressant de ces chiffres est qu'il y a davantage de compression en Suède qu'au R.U. Ce résultat s'explique peut-être par les caractéristiques générales des Suèdois ou peut indiquer que l'environnement social est différent en Suède de celui que l'on connaît au Royaume-Uni, mais il est important de ne pas oublier cet aspect pour la suite de cette histoire.

Mme Clancy (Halifax): Je suis désolé, docteur, mais je ne comprends pas bien ce que vous voulez dire par compression.

Dr Mustard: Désolé. Si vous examinez les chiffres du GATT, la Suède enregistre des chiffres de 378 et 482 par 100,000 habitants pour les catégories 1 et 2, ce qui représente une différence d'environ 100. La même différence pour le Royaume-Uni est de 200.

Mme Clancy: Je vois ce que vous voulez dire. Je vous remercie.

Dr Mustard: Ils ont réduit la pente de cette progression. Je n'ai pas cette diapositive avec moi mais si cela vous intéresse, examinez le coefficient d'écart entre les revenus et l'espérance de vie. Vous constaterez que plus l'écart entre les revenus est mince plus l'espérance de vie est longue.

Je vous présente maintenant les données concernant l'espérance de vie des hommes dans quatre pays européens après la Deuxième Guerre mondiale. C'est-à-dire leur espérance de vie à partir de la naissance. La Suède évidemment n'a pas participé à la guerre, elle est demeurée prospère et a continué à s'améliorer. En Autriche, l'espérance de vie était très faible à la fin de la Seconde Guerre mondiale, s'établissant à près de 62 ans; ce chiffre a augmenté de façon constante. Deux pays d'Europe de l'est ont bien progressé au début du régime communiste avant de marquer un arrêt vers 1960, dans l'amélioration de l'espérance de vie et un début de déclin, qui correspond au moment ou leur économie ont commencé à déraper. Le même commentaire vaut, entre parenthèses, pour tous les pays de l'Europe de l'est. Cela comprend également l'Union Soviétique.

Il s'est produit quelque chose dans ces économies qui a eu une grande répercussion sur la santé de la population. Ce qui s'est produit en fait, c'est que ces pays n'ont pas réussi à maintenir leur prospérité, ce qui a entraîné une détérioration de l'environnement physique et également de leur environnement social.

Cette diapositive a une histoire intéressante. Il s'agit de comparer l'espérance de vie pour un groupe de pays européens—Canada, Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis, et une province appelée le Québec—avec le Japon. C'est André-Pierre qui a préparé cette diapositive pour notre exposé au Québec.

Remarquez d'abord les carrés rouges, qui représentent les Japonais. Au départ l'espérance de vie est d'environ 66 ans en 1960; en 1986, cette espérance est montée à 76 et ce chiffre progresse encore. A l'heure actuelle il est de 78 ans. Il s'agit là d'une évolution vraiment remarquable de l'espérance de vie, n'ayant rien à voir avec l'augmentation des dépenses en matière de santé, qui sont toujours à 6,3 p. 100 produit intérieur brut, mais ces chiffres indiquent qu'il s'est produit

[*Text*]

they still live in rabbit hutches, etc. Now, that is a very important puzzle. In contrast to other countries that have been developing at rapid rates, the incidence of coronary heart disease has not risen in Japan; it has actually declined—which is another interesting part of the puzzle.

I hope you are getting a little feel here that there are some very powerful factors influencing it.

By the way, just to give you some idea of the impact of what this means, for England and Wales to have the same life expectancy as Japan has, you would have to eliminate most deaths from cancer and cardio-vascular disease—that is the scale of what that change represents. So if you are thinking of prevention, think about what this means in terms of prevention, if you can understand it.

Now, do we have any clues as to what might actually be operating in societies? This is the most powerful population base study of mortality and social environment. Here are the Whitehall civil servants—there are about 12,000 of them in this study—who have been followed prospectively in this first part of the study for 10 years, and are now in their second 10-year cycle. What they have simply done is counted the number of deaths in four basic categories—it is called cumulative percentage, conditional probability, age-adjusted death. Just think of it as cumulative deaths and you get the right answer, avoiding the statistical jargon.

In our society, the administrative group would be the deputy minister and assistant deputy minister categories; the professional executive are directors and sub-directors of programs; the clerical are the next steps down, and the other are the people at the bottom of the heap. These are all desk or desk-related jobs; you are not dealing with the manual labour question, and you are not dealing with poverty. You are basically dealing with a striking gradient in mortality across a group of people working in the centre of London, all essentially in the same work environments. Now, that is very striking if you have not seen this kind of data before.

But what is even more striking when you look at it is that the gradient exists for major causes of death—and this is the relative mortality; it is a way they can calculate it for the civil service. You can see in lung cancer, at the top line, that if you are at the bottom of the heap, your risk of lung cancer is seven times that of the people at the top of the heap. Coronary heart disease, CHD, shows about three and a half times the risk from the bottom to the top; chronic bronchitis is seven times; gastrointestinal is about three times. Genito-urinary shows a hook—and I speculate on this, but it may be the sexual behaviour of the top civil servants—and all causes show a gradient. What is striking in this is there is even a tendency for a gradient for accidents and suicides in the civil service.

[*Translation*]

quelque chose de particulier. Et ces gens vivent toujours entassés les uns sur les autres. Voilà donc un problème très intéressant. A la différence des autres pays qui ont connu un développement rapide, le nombre des maladies coronariennes n'a pas augmenté au Japon; il a en fait baissé—ce qui constitue un autre élément important de ce problème.

J'espère que vous commencez à constater qu'il y a des facteurs très puissants qui interviennent dans ce domaine.

Je voudrais en passant faire une précision pour vous donner une idée de ce que cela peut vouloir dire; pour que les hommes en Angleterre et au pays de Galles aient la même espérance de vie qu'au Japon, il faudrait supprimer la plupart des décès dûs au cancer et aux maladies cardio-vasculaires—voilà l'ampleur des changements que cela représente. De sorte que si vous pensez en terme de prévention, il faudrait essayer de comprendre les conséquences que cela peut avoir sur le plan de la prévention.

Avons-nous donc des indices qui nous permettent de savoir ce qui se produit dans les sociétés? Voilà l'étude sur la mortalité et l'environnement social en fonction de la population la plus intéressante jamais effectuée. Il s'agit de fonctionnaires de Whitehall—environ 12,000 font partie de cette étude—qui ont été suivis au cours des premières années et qui continuent à être suivis au cours du second cycle de 10 ans. Ils ont tout simplement compté le nombre des décès dans quatre catégories principales—on appelle cela pourcentage cumulatif, probabilité conditionnelle et décès ajustés selon l'âge. Il suffit pour comprendre cette étude de parler de décès cumulés et on évite ainsi le jargon des statistiques.

Dans notre société, le groupe administratif serait composé des catégories comprenant les sous-ministres et les sous-ministres adjoints. Les membres de la haute direction comprendraient les directeurs et les sous-directeurs de programmes; vient ensuite le personnel de soutien et les autres fonctionnaires situés en bas de la hiérarchie. Il s'agit uniquement d'emplois de bureau ou d'emplois connexes; il ne s'agit pas de travailleurs manuels et il n'y a pas de pauvreté. On constate pour l'essentiel un écart important entre le taux de mortalité d'un groupe de personnes qui travaillent dans le centre de Londres, dans un environnement de travail très comparable. Cela est frappant lorsqu'on examine ce genre de données pour la première fois.

Mais ce qui est encore plus frappant c'est que cet écart existe même pour les principales causes de décès—ce qui correspond à la mortalité relative; c'est la façon dont cela se calcule dans la fonction publique. On peut observer pour le cancer des poumons, à la ligne d'en haut, que si vous êtes en bas de la hiérarchie, les risques du cancer du poumon sont sept fois supérieurs à ceux que courrent les personnes situées en haut de la hiérarchie. Les maladies coronariennes sont environ trois fois et demi plus fréquentes dans la partie inférieure que dans la partie supérieure de la hiérarchie; pour la bronchite chronique la différence est de sept fois; pour les gastro-entérites de trois fois. Les maladies génito-urinaires sont en proportion inverse—et j'ai émis l'hypothèse que cela s'explique peut-être par le comportement sexuel des hauts fonctionnaires—mais toutes les autres causes indiquent un écart. Ce qui est frappant, c'est qu'il existe même un écart pour les accidents et les suicides dans la fonction publique.

[*Texte*]

Now, when I saw that four years ago as a physician, that was striking data. What could be operating across a group of civil servants to produce the gradient, and why would it be producing it across most of the major causes of death? It is as if the factor that operates simply picks up whatever the fashionable cause of death is and creates a gradient. That is really what the message is from this.

• 2055

If you look at smoking, smoking is a gradient in the civil service. The people at the top smoke much less than the people at the bottom. That also says that lifestyle may not be a free choice; it may be heavily conditioned by the social environment in which you live and work. And that is very important if you are thinking about preventive measures.

For those of you on the bottom of the civil service heap, the interesting news is that if you smoke, it does not change your risk very much. It is only those in the higher levels who receive an advantage from cessation of smoking. Now, for lung cancer the story is entirely different; the risk difference holds. If you smoke, your risks are higher in all grades of the civil service.

This creates some very interesting puzzles about the coronary heart disease story. If you take this data farther and look at people under the age of 50, and if you take away the effects of cholesterol, smoking, and blood pressure, if you are at the bottom of the heap your risk of dying of a heart attack is three times that of a person at the top. This says, therefore, that whatever these factors are, they are very powerful and cannot be simply explained by lifestyle factors alone.

Further search for the answer comes from a variety of sources. Barker, who is an epidemiologist at the University of Southampton, wrote an interesting paper. He said:

> The search for causes of Western diseases has concentrated on the adult environment. The importance of the childhood environment, in determining responses throughout life, may have been underestimated.

I would like to try to introduce you to a concept that says this may be a very prophetic statement.

My first introduction to this happened when I visited a man by the name of Syme at Berkeley, who was part of the Mr. Fitt trial in the United States, interestingly enough—that is the cholesterol modification—but he has also been part of the Alameda County study in California, which is a detailed study of social environment and health. When I went to see Dr. Syme he said, Mustard, if you have come to see me about risk factor modification on coronary artery disease, you may

[*Traduction*]

Quand j'ai vu ces chiffres il y a quatre ans en tant que médecin, cela m'a beaucoup frappé. Comment expliquer un tel écart entre divers groupes de fonctionnaires et pourquoi cet écart se reproduit-il pour les principales causes de décès? C'est comme s'il y avait un facteur qui choisissait une cause de décès à la mode et en déduisait un écart. C'est là le message qui semble falloir retenir de ces données.

Si l'on prend le fait de fumer, on s'aperçoit que c'est un facteur significatif dans la fonction publique. Les gens qui se trouvent en haut de la hiérarchie fument beaucoup moins que les personnes qui se trouvent aux échelons inférieurs. Cela peut également vouloir dire que le style de vie n'est peut-être pas librement choisi; il est possible que l'environnement social dans lequel une personne vit et travaille exerce une influence déterminante. C'est là un aspect très important pour qui voudrait élaborer des mesures préventives.

Pour ceux d'entre vous qui se trouvent aux échelons inférieurs de la fonction publique, il vous intéressera de savoir que si vous fumez, votre espérance de vie ne changera pas beaucoup. Ce n'est que dans les échelons supérieurs que le fait d'arrêter de fumer augmente l'espérance de vie. Par contre, pour le cancer du poumon, l'image est tout à fait différente; la différence de risque subsiste. Si vous fumez, les risques sont plus élevés quelle que soit votre situation dans la Fonction Publique.

Ces remarques soulèvent des questions fort intéressantes pour ce qui est des maladies coronariennes. Si l'on examine ces données plus en détail et qu'on étudie les personnes de moins de 50 ans, en ne tenant pas compte des effets du cholestérol, du fait de fumer et de la pression sanguine, on constate que les personnes qui se trouvent dans les échelons inférieurs de la fonction publique courent trois fois plus de risques de mourir d'une crise cardiaque que les personnes qui se situent dans les échelons supérieurs. Cela veut donc dire que quelque puisse être leur nature exacte, ces facteurs jouent un rôle très important et qui ne dépend pas du seul style de vie.

Les recherches effectuées dans ce domaine proviennent d'une diversité de sources. M. Barker, un épidèmiologiste à l'Université de Southampton a rédigé un article intéressant où il dit:

> La recherche des causes des maladies occidentales s'est principalement concentrée sur l'environnement des adultes. Il est possible qu'on ait sous-estimé le rôle important que peut jouer l'environnement de l'enfance sur la façon de réagir pendant le reste de la vie.

Je voudrais vous présenter un concept qui semble indiquer que cette dernière affirmation annonce peut-être une nouvelle voie pour la recherche.

J'ai commencé à m'intéresser à cette question lorsque j'ai rendu visite à une personne du nom de Syme à Berkeley, qui avait participé à l'essai de M. Fitt aux Etats-Unis. Cela est d'ailleurs intéressant—il s'agissait de la modification du taux de cholestérol—mais il avait également participé à l'étude du comté Alameda en Californie, qui avait examiné en détail les rapports entre l'environnement social et la santé. Lorsque j'ai été voir le Dr Syme, il m'a dit, Mustard,

[*Text*]

as well get out. I was part of the Mr. Fitt trial and that was the biggest waste of time in my life. I wasted 10 years on that study, and I believe the risk factor modification story in coronary heart disease has been overrated.

I told him I had not come to see him about that; I had come to see him about Michael Marmot's civil service data. His face lit up, and he smiled from ear to ear. He said he would like to talk about it, and I told him that I did not understand it. His terse comment was, Mustard, it is coping skills. I asked him what he meant by coping skills, and he introduced me to a story which ties into what Barker has found.

Apparently, if you look at the data from the U.S. Headstart Program, which I think most of you are aware of, and if you look at data from a study in Ypsilanti, Michigan, where they took children in a very poor population area and randomized them into two groups—one got pre-school intervention, which I will say is a form of substitute parenting, and the other group did not—the progress of those children into young adults shows some very striking data. One of the things is that the women who were in a pre-school intervention group show 50% fewer teenage pregnancies, which is an extraordinary behaviour outcome change. They showed much better retention in high school, they showed much better marriage stability, they show much better job stability. There was less crime, etc., amongst the kids that were randomized.

The Headstart data, which was not randomized, tends to reinforce this. There is a study from Hawaii, which looked at children born in one of the islands. They were all categorized at birth into different risk groups. About 40% of the kids in the very high-risk group did not do well as they progressed through life. They had poor parenting, poor social environments. But 60% of these children did well. The lady who had done the study reported that one of the characteristics of these children was that they all formed substitute parents and grandparents when they were very young. In other words, they were obviously living in community structures where they could do that. That tends to tie into the coping story and this story.

There is a series of studies on primates, free-living baboons, that actually reinforces all this evidence as well, about early development and some kind of downstream effects on all of us.

[*Translation*]

si vous êtes venus me voir au sujet de la modification des facteurs de risque dans le domaine des maladies coronariennes, vous feriez mieux de partir. J'ai participé à l'essai de M. Fitt et j'ai vraiment perdu mon temps. J'ai perdu 10 ans de ma vie sur cette étude et je pense qu'on a beaucoup trop parlé de cette histoire de modification des facteurs de risque pour ce qui est des maladies coronariennes.

Je lui ai dit que je n'étais pas venu lui parler de cela; que j'étais venu le voir au sujet des données de Michael Marmot concernant la fonction publique. Son visage s'est illuminé et il a eu un grand sourire. Il m'a dit qu'il aimerait en parler avec moi et je lui ai dit que je ne comprenais pas très bien ses données. Il m'a tout simplement dit, Mustard, c'est la capacité de survie. Je lui ai demandé ce qu'il voulait dire par capacité de survie et il m'a raconté une histoire qui a un rapport avec les résultats de Barker.

Il semble que si l'on examine les données provenant du programme Headstart, que la plupart d'entre vous connaissent je pense, et si on examine les données d'une étude effectuée à Ypsilanti, au Michigan, au cours de laquelle on a pris des enfants dans un secteur très pauvre et on les répartis au hasard en deux groupes—le premier groupe a bénéficié d'une aide pré-scolaire, qui constitue d'après moi une forme de substitution parentale et le deuxième groupe n'a pas bénéficié de ce genre d'aide. Les progrès qu'ont fait ces enfants lorsqu'ils sont devenus de jeunes adultes ont fourni des données fort intéressantes. On a constaté en particulier que les adolescentes qui avaient fait partie d'un groupe d'intervention pré-scolaire ont eu moitié moins de grossesses au cours de leur adolescence, ce qui est un changement de comportement assez extraordinaire. Elles ont mieux suivi leurs cours d'école secondaire, elles ont eu des mariages plus stables et ont eu tendance à mieux conserver leur emploi. Il y avait moins de criminalité entre autres chez les jeunes qui ont fait partie de ce groupe.

Les données du programme Headstart, qui n'a pas fait l'objet de choix au hasard, ont tendance à renforcer cette conclusion. Une étude a été menée à Hawaii, sur des enfants nés dans une des îles. On les avait répartis à la naissance en différents groupes à risques. Quarante p. 100 des enfants environ appartenaient au groupe à risques très élevés et n'ont pas bien réussi dans la vie. Leur parents ne s'occupaient pas beaucoup d'eux et leur environnement social était peu favorable à leur développement. Cependant, 60 p. 100 de ces enfants ont fait des progrès notables. La femme qui a mené l'étude a constaté que presque tous ces enfants avaient formé dès leur jeune âge des liens avec les adultes qui jouaient le rôle de leur père et mère ou de leurs grand-parents. En d'autres termes, ces enfants vivaient dans des structures communautaires qui permettaient ce genre de chose. Cela tend à ressembler à cette faculté de survie dont j'ai parlé auparavant.

Il y a également eu une série d'études sur les primates, les baboins vivant en liberté, qui tendent également à renforcer les données, sur le développement dans l'enfance et la façon dont cela nous influence pour le reste de notre vie.

[*Texte*]

What I am saying at the moment cannot be said as hard evidence. You will just have to use your own interpretive skills, from your own background, to see how it relates to what you know. But there is a bit of biological evidence that says there may be a linkage here, which is real through these channels.

For those who are not medically trained, there is an illustration of a nerve. Do not worry about the blob on the upper left hand. You can see the pink nerve cell at the top and the two blue ones lower down. You can see that they connect. Those are network connections that nerves make with each other. For your brain to function, you have to build those network connections. That is part of your cognitive development and your motor skills. What stimuli make you make those nice neural nets? We now know in animals it is the degree of sensory stimulation you receive at birth and onwards that is key.

• 2100

This slide shows a very dramatic outcome in kittens. The top little white bar shows the percent of terminals found in complex zones. These are neural nets in the visual part of the cortex. The newborn kittens do not have very much.

At eight weeks old, if they do not do anything to them, a large proportion of neural nets have formed. At eight weeks, if they have not been allowed to see, they have not formed any neural nets. I forget whether the kittens are at maturity at this stage, but when they reach maturity and you let them see, they cannot form them.

We believe most of the brain functions in that way and psychologists have always talked about the importance of stimulation.

If you think back about what they did in the Ypsilanti study with those children, they allowed them to learn how to make paper darts and make them fly, and to see what happened if they bent the wings. What they learn is a system of skills of doing and acquiring things, which is very important in human development.

In early childhood development—who knows what the age limit on this is, but certainly in the first six to eight years of life—it is very crucial in forming that. Could this be the explanation for what Barker is talking about?

One of the links is here. This slide shows the central nervous system at the top and the mucosal tissues at the bottom, which are part of the immune system. On the right-hand side it shows the immune-effective cells, things like lymphocytes and other white cells. The striking thing this illustrates is that they all produce identical substances. That is, they talk to each other. The transmitter substances they form can talk.

[*Traduction*]

Il n'y a pas encore de preuve irréfutable pour tout ce que je viens de vous raconter. C'est à vous d'utiliser vos connaissances, votre expérience pour voir comment cela peut s'inscrire dans ce que vous savez. Mais nous disposons de certaines preuves de nature biologique d'après lesquelles il pourrait y avoir un lien dans ce domaine.

Pour ceux qui n'ont pas de formation médicale, je prendrai l'exemple d'un nerf. Ne vous occupez pas de la tache qui se trouve en haut et à gauche. Vous pouvez voir la cellule nerveuse en haut et les deux cellules bleues qui se trouvent un peu plus bas. Vous pouvez constater qu'elles sont reliées. C'est la façon dont les nerfs établissent des réseaux de communication. Pour que votre cerveau fonctionne, il vous faut construire des circuits. Cela fait partie de votre développement cognitif et de vos capacités motrices. Quels sont les stimulis qui vous amènent à créer ces jolis réseaux de neurones? Nous savons maintenant que chez les animaux cela dépend des stimulis sensoriels qu'ils reçoivent à la naissance et par la suite.

Cette diapositive montre une expérience sur des chatons dont les résultats sont frappants. La petite barre blanche qui se trouve en haut indique le pourcentage de connexions trouvées dans des zones complexes. Il s'agit de réseaux nerveux situés dans la partie visuelle du cortex. Les petits chats n'en ont pas beaucoup à la naissance.

À huit semaines, une bonne partie de ces réseaux nerveux sont formés, s'il ne leur est rien arrivé. À huit semaines, si on ne leur a pas permis de voir, ces réseaux n'existent pas. Je ne sais pas si les chatons sont à maturité à cette étape mais lorsqu'ils arrivent à maturité et que vous leur permettez alors de voir, ils ne sont plus capables d'établir ces réseaux nerveux.

Nous pensons que le cerveau travaille principalement de cette façon et les psychologues ont toujours signalé l'importance de la stimulation.

Souvenez-vous de ce qu'ils ont fait dans l'étude Ypsilanti avec les enfants, on leur a permis d'apprendre à faire des avions en papier et de les faire voler et de voir ensuite ce qui se passait quand ils pliaient les ailes. Ces enfants ont ainsi appris un ensemble de compétences pour faire et acquérir des choses, ce qui est un élément important du développement humain.

Dans le développement du jeune enfant—il est difficile de placer une limite d'âge, mais certainement jusqu'à l'âge à six ou huit ans—il s'agit d'un élément crucial. Pourrait-on y voir l'explication dont parle Barker?

Il y a certainement un rapport. Cette diapositive montre le système nerveux central en haut et des muqueuses en bas, tissus qui font partie du système immunitaire. La partie droite de la diapositive montre les cellules immunitaires, c'est-à-dire les lymphocytes et autres globules blancs. Cette image permet de constater que tous ces éléments produisent les mêmes substances. C'est-à-dire qu'ils arrivent à se parler. Les substances transmettrices qu'ils fabriquent peuvent communiquer.

[*Text*]

These neurons talk to each other in the upper top left-hand area. They produce those little chemicals that go down and signal the next cell. You now have to think of it not just as being nerves talking to nerves but as immune cells talking to nerves and nerves talking to immune cells.

If you do animal experiments, you can demonstrate that if you play with the nervous system you can actually change the host defence system in an animal. You can change its resistance to cancer. You can change its vulnerability to arteriosclerosis and coronary heart disease. You can change its vulnerability to infectious diseases and immune reactions.

Indeed, I was quite surprised when the first paper on this came out in my own field. To be quite honest, I did not believe it. It showed that if you fed bunny rabbits cholesterol-rich diets to produce arteriosclerosis and treated them kindly and gave them nice music, they had about 50% to 60% less arteriosclerosis. I just could not figure out how it could possibly be done.

This may be part of the clue. When you think back to that civil service data, it starts to put something into your mind. Maybe something is going on we cannot ignore.

Let us see if we can find some evidence in adults. This is a set of very powerful Swedish data. It is one of the reasons why I am taking you through this tonight. These are 1,600 male workers who have been assessed over a period of time in relation to their job demand. Psychological demands means job demands, and high demand means you have a lot to do and a fair amount of pressure to achieve it. On the bottom, decision latitude is the degree of control you have over the job.

What you have are the coronary heart disease symptoms by these classifications, as percents. So 20% of the individuals in the high-demand but low-control group have coronary heart disease symptoms. I do not know what the hell the job is, but if you are in a high-control, low-demand job, you have zero symptoms. The only thing I can think of is sleeping, but I am not sure that fits the description. Nevertheless, you see the real picture that exists there.

If you are in a high-demand job with high control, the story is radically different. Just think about those Japanese data I showed you and about the stories of Japanese productivity in quality products. Think of the stories about how they run their labour force in their automobile plants. If you want high-quality products and you have high demands on your work force, you give them a high degree of control.

The recent book that has come out from MIT, *The Machine That Changed The World*, has a very dramatic series of chapters describing this. It is of powerful significance, I think, for the future of the automotive industry

[*Translation*]

Ces neurones se parlent dans le coin supérieur gauche de l'image. Ils fabriquent ces produits chimiques qui descendent et transmettent un signal à la prochaine cellule. Il ne s'agit plus de cellule nerveuse communiquant avec une autre cellule nerveuse mais de lymphocytes qui communiquent avec des neurones et des neurones qui parlent à des lymphocytes.

Avec des animaux, on peut démontrer que si l'on modifie le système nerveux, on peut réussir à modifier le système de défense de l'hôte. On peut changer sa résistance au cancer. On peut changer sa vulnérabilité à l'artériosclérose ou aux maladies coronariennes. Il est possible de changer sa vulnérabilité aux maladies infectueuses et ses réactions immunitaires.

En fait, j'ai été fort surpris quand j'ai lu le premier article de ce genre dans mon propre domaine. Pour être tout à fait franc avec vous, je n'y croyais pas. D'après cet article, si l'on donnait à des lapines des aliments riches en cholestérol dans le but de provoquer de l'artériosclérose mais si on les traitait avec douceur en leur faisant entendre une musique agréable, elles avaient entre 50 et 60 p. 100 moins de chance d'avoir de l'artériosclérose. Je ne voyais pas comment cela pouvait fonctionner.

Cette expérience a peut-être un rapport avec la solution que nous recherchons. Si l'on repense aux données concernant la fonction publique, cela permet d'établir un lien. Il y a peut-être quelque chose qui est en train de se passer et qu'il nous faut examiner.

Voyons si nous pouvons découvrir certaines preuves chez les adultes. Il y a un ensemble de données très frappantes qui viennent de la Suède. C'est une des raisons pour lesquelles je vous explique tout cela ce soir. On a évalué, sur une longue période, 1,600 travailleurs de sexe masculin par rapport aux exigences de leur poste. Les exigences psychologiques découlent des exigences du poste et des exigences élevées veulent dire que vous avez beaucoup à faire tout en subissant des pressions pour que vous y réussissiez. En bas, la latitude dans les décisions correspond au degré de contrôle que vous avez sur votre travail.

On voit ici les maladies coronariennes avec des classifications en pourcentage. Ainsi 20 p. 100 des personnes dans la catégorie des grandes exigences avec un degré de contrôle faible montrent des symptômes de maladie coronarienne. Je ne sais pas de quel travail il s'agit mais si vous vous trouvez dans une situation de contrôle élevé avec un emploi comportant peu d'exigences, vous n'avez aucun symptôme. La seule situation à laquelle je puisse penser serait celle d'un dormeur. Je ne suis pas certain que cela corresponde à la description. Quoiqu'il en soit, vous voyez l'image.

Si vous vous trouvez dans un poste avec de grandes exigences et un niveau de contrôle élevé, la situation est très différente. Il suffit de repenser aux données sur les Japonais que je vous ai montrées et aux données sur la productivité des Japonais lorsqu'ils fabriquent des produits de qualité. Pensez à la manière dont les Japonais utilisent leur main-d'oeuvre dans leurs usines d'automobile. Si l'on veut des produits de haute qualité, et que l'on exige beaucoup de la main-d'oeuvre, il faut que les travailleurs aient un degré de contrôle élevé sur leurs tâches.

Un livre récent publié par MIT, *The Machine That Changed The World* contient toute une série de chapitres sur ce phénomène. Je pense que cette théorie pourrait avoir des répercussions sur l'avenir de l'industrie automobile en

[*Texte*]

in North America as well as the health story. If you think of this as coping skills—that is, high control in a high-demand job—you are in a situation where you have a high coping capability on that job.

• 2105

If you look at these data against productivity you will find the same relationship. Here is a situation where your interest in health actually has an interest in your economy. Does this therefore mean that as a parliamentary committee you should be concerned about early childhood development? My answer is, yes, you should. I think the evidence about early childhood development and its linkage to health in adult life and coping skills may be the single most profound public health measure you can think about for the future. I realize I am pushing very hard to say that to you, but I think you should think hard about it.

When you translate that into the need to have an innovative labour force to succeed in the world economy, it also makes very good sense from sound economic grounds. It means that when you are talking about education and revamping the school system, if you do not look at early childhood development, you may not get very far in revamping the school system. I think you have to pay attention to the data that exists—and I am sure you have had it presented to you—about one in six or one in seven children in this country living in poverty, in poor social parenting environments. That is not a trivial problem if the data we are looking at here really can be translated to Canada. We do not have all that data in Canada at the moment as far as I know, but it seems to me the evidence that is there is very strong.

We do have a gradient in Canada, and the only way we could find out the Canadian gradient was to take the results from the Canadian pension studies. For the 550 Canadian males who retired, we have their earnings for the last 12 years of their life and we have the mortality rate from age 65 to age 72, and we found that it is a perfect linear gradient. The higher your income was in the last 12 years, the longer you lived, or the lower your mortality rate. The difference is 2:1. The people in the lower income at retirement died twice as fast as the people at the top income level.

I would not want to say that income is the solution, because I do not think it is. You have to think much more about the structure of your social environment and people's interaction to that to cope with this problem. Let me tell you

[*Traduction*]

Amérique du Nord et sur les problèmes de santé. Si l'on traduit cette expérience en terme de capacité de survie—c'est-à-dire degré de contrôle élevé et grandes exigences—cela veut dire que vous avez une grande capacité de survivre dans ce genre de travail.

Si l'on examine ces données par rapport à la productivité, on constate le même type de rapport. Dans ce cas-ci, l'intérêt manifesté à l'égard des problèmes de santé vous amène à vous intéresser à l'économie. Cela veut-il dire qu'en tant que Comité parlementaire vous devriez vous intéresser au développement des jeunes enfants? Ma réponse est oui, vous devriez le faire. Je pense que les éléments concernant le développement des jeunes enfants et son rapport avec la santé des adultes et leur capacité de survie pourraient donner lieu à des mesures de protection de la santé du public qui pourraient avoir des répercussions très grandes. Je sais que je vais un peu loin en vous disant cela mais je pense que vous devriez réfléchir à cet aspect.

Si on fait le rapport entre tout cela et la nécessité d'avoir des travailleurs capables d'innover comme l'exige la mondialisation de l'économie, ce genre de mesures se justifie parfaitement du point de vue économique. Cela veut dire que lorsqu'on parle d'éducation et de réforme du système scolaire, si l'on n'examine pas la question du développement des jeunes enfants, on n'ira pas bien loin dans la réforme du système actuel. Je pense qu'il faut tenir compte des données qui existent—et je suis sûr que vous les avez à votre disposition—concernant le fait qu'un enfant sur six ou sept au Canada vit dans la pauvreté, dans de mauvaises conditions sociales et familiales. Ce n'est pas un problème mineur si l'on arrive à traduire les données que nous avons examinées ici dans un contexte canadien. Nous n'avons pas encore au Canada toutes les données sur cette question, pour autant que je sache, mais il me semble que les éléments dont nous disposons sont très convaincants.

Il y a une différence au Canada et la seule façon qui nous a permis de mesurer l'ampleur de cette différence au Canada a été de mesurer les résultats provenant d'études sur les retraités au Canada. Dans le cas des 550 Canadiens qui ont pris leur retraite, nous connaissons les gains qu'ils ont obtenus au cours des 12 dernières années de leur vie active et nous avons les taux de mortalité entre les âges de 65 ans et 72 ans et nous avons constaté une progression linéaire parfaite. La durée de vie varie dans le même sens que le revenu au cours des 12 dernières années, à savoir que plus le revenu est élevé, plus la durée de vie est longue. La différence est de 2 à 1. Les personnes qui se situent dans les revenus les plus faibles au moment de la retraite seront mortes à un rythme deux fois plus rapide que les personnes se trouvant dans les niveaux de revenus supérieurs.

Cela ne veut pas dire que l'amélioration du revenu est la solution, parce que je ne le pense pas. Il faudrait plutôt penser en termes de structure de l'environnement social et de l'interaction entre les gens pour s'attaquer à ces problèmes.

[*Text*]

that it is not simply a wealth question. The data in the developing world show that you can break the developing world into two extreme groups in terms of relative health status: one group with quite good health status and one group with very poor health status, all with the same per capita wealth.

One of the differences—and I believe it is probably the important reason for the difference of the countries with the better health status with low per capita wealth—is that mothers and children are treated with special distinction and education in those societies. In other words, they are powerfully targeting the question of mothers and children and child development in their societies. Whether that is the explanation or not we do not know, but I emphasize that it is compatible with the evidence I have been giving you.

Having taken you through that framework, if you are really looking at the health of populations, I think you have to be deeply concerned about your social environment and physical environment. I do not think you should be doing anything about the blue thing on the right-hand side, genetic endowment, but you should be concerned about the social environment/physical environment questions.

Clearly the evidence is now quite powerful that this determines individual responses. Your health care system legitimately comes in and tries to cope with the illness question, but please do not expect it, as Lord Beveridge did, to be able to deal with the social and physical environment question. It simply cannot. It is not structured to do that, nor should you expect it to, nor should you allow it to try to, to be quite frank. Its role is providing sensitive, humane care to people who are ill, getting rid of the illness and restoring people's function in society where it can, helping those who are disabled, etc., to cope.

Productivity and wealth are at the bottom of that. Obviously the quality of the labour force impacts that. You have negative and plus signs in health care inside of that axis because if you put too much money in health care, the way the United States is doing, you may actually undermine your productivity function and fail to affect your social environment/physical environment question. That is maybe one of the reasons why the United States is under-investing in its innovation function. There are other reasons for that, of course.

If you are prosperous you can put more money into health care, but you cannot allow health care to go unrestrained. You have to think very hard about what its functions are against the stuff we talked about earlier. What are the best functions for it to occur? Who are the best people to do it? What are the best support service systems you can devise for people?

[*Translation*]

Je peux vous dire que ce n'est pas une simple question de richesse. Les données en provenance du monde en développement indiquent que l'on peut répartir le monde en développement en deux groupes extrêmes pour ce qui est de leurs problèmes de santé. Il y a un groupe qui est en très bonne santé et un groupe dont la santé est très mauvaise et pourtant ils gagnent tous deux le même revenu.

L'une des différences—je pense que cela explique probablement le fait que certains pays se trouvent en meilleure situation pour leur santé malgré un revenu par tête très bas—et que les mères et les enfants sont traités avec un soin particulier dans ces sociétés. En d'autres termes, les gouvernements accordent une grande importance aux mères, aux enfants et au développement de ces derniers. je ne sais pas si c'est là que réside l'explication de ce phénomène mais je dois souligner que cela est compatible avec les éléments dont je vous ai fait part.

En plus de ces aspects dont je viens de parler, si l'on veut examiner la santé globale des populations, je pense qu'il faut se préoccuper de l'environnement social et de l'environnement physique. Je ne pense pas que vous devriez vous pencher sur la chose bleue qui se trouve à droite, les capacités génétiques, mais que vous devriez plutôt vous pencher sur les questions d'environnement social et d'environnement physique.

Il est hors de doute que cela a une forte incidence sur les réactions des individus. Il est normal que les régimes de soins de santé tentent de régler le problème de la maladie mais n'espérez pas, comme Lord Beveridge l'a fait, que ce régime réussisse à régler les questions d'environnement social et physique. Cela n'est pas de son ressort. Il n'est pas structuré pour pouvoir le faire, et vous ne devriez pas espérer qu'il le fasse ni lui permettre de le faire, pour être bien franc avec vous. Le rôle du régime de soins de santé est de fournir des soins de qualité aux personnes qui sont malades, de combattre la maladie et de faciliter aux malades leur réinsertion active dans la société, d'aider les handicapés, à se réadapter.

La productivité et la richesse sont les moindres de ses préoccupations. Il est évident que la qualité de la main-d'oeuvre a une influence là-dessus. Sur cet axe, il y a un côté négatif et un côté positif pour ce qui est des soins de santé parce que si vous consacrez trop d'argent aux soins de santé, comme cela se produit aux États-Unis, cela risque de nuire à la productivité et cela ne modifie pas la question environnement social/environnement physique. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles les États-Unis n'investissent pas suffisamment dans cette fonction d'innovation. Cela n'est bien entendu pas la seule raison.

Lorsque le pays est prospère, il peut consacrer beaucoup d'argent aux soins de santé mais il n'est pas possible de laisser le système de soins de santé se développer sans contrôle. Il faut vraiment réfléchir au rôle qui lui convient par rapport à ce dont nous avons parlé plus tôt. Quelles sont les tâches pour lesquelles il est le mieux placé? Quelles sont les personnes qui sont en mesure de bien exercer cette tâche? Quel genre de système de soutien pourrait-on mettre sur pied pour aider ces personnes?

[*Texte*]

I for one do not think you should spend enormous sums of money on me as I reach my final stages of life. I will be very frank with you about that. I think it is much better to put those resources into the young person's development. Do we do that? Well, if you look at the B.C. data on the costs of dying, it raises some very fundamental questions on the degree of expenditures in expensive care that we provide for people in the final two months of their life.

• 2110

I realize it is a sensitive and complex issue, but I do not think you should allow the system to drive itself in that direction—and I showed you some of the data—to lead to under-investment in children. I think you should think hard about the implications of that.

Dorothy, what is the title of that book from Evans and Carew in B.C., *The Long Goodbye*?

Ms Dorothy McKinnon (Executive Assistant, Canadian Institute for Advanced Research): Yes, it is.

Dr. Mustard: If you have not read *The Long Goodbye*, the B.C. data, you should look at it.

Coming back to that little diagram, let me conclude by saying that health care in Canada has been a very successful system. It has produced high-quality care. It is equitable; it has done its job well. That health care system, however, cannot tackle the problems that are the fundamental determinants of the health of the population, nor should it be expected to. That sector is really affected by our social and physical environment.

What I am really arguing is that you may have to think very hard about the question of children. In so doing, you must also understand the balance in our society; if you over-consume on that right-hand side in health care, you can undercut your investment in that left-hand side.

Just think about it for a moment. If we overproduce lawyers, physicians, and accountants, do they really work on the innovative side, on the left-hand side? How do you maintain a balance in society to drive that innovation side of the system?

I realize you are not concerned with that in a primary matter, but I would argue that you should at least draw that to the attention of your government. It is only if you can address that left-hand side that you can really get at the question of the cost of health care and how to maintain a healthy, prosperous nation. This concludes my comments, Mr. Chairman.

[*Traduction*]

Pour ma part, je ne pense pas que vous devriez dépenser beaucoup d'argent sur moi, étant donné que j'en arrive aux dernières étapes de ma vie. Pour être très franc avec vous sur ce point, je pense qu'il est bien préférable d'utiliser ces ressources-là pour aider au développement des jeunes. Doit-on le faire? En fait, les statistiques de la Colombie-Britannique sur le coût de la mort nous amène à nous poser des questions vraiment fondamentales sur le montant des dépenses et la quantité de soins onéreux dispensés aux gens au cours des deux derniers mois de leur vie.

Je comprends bien que c'est là une question délicate et complexe, mais je ne voudrais pas qu'on laisse le système dériver de cette manière—je viens de vous montrer quelques-unes des statistiques—et qu'on en vienne à un sous-investissement au niveau des enfants. Je pense qu'il faut bien penser à toutes les conséquences que cela aurait.

Dorothy, quel est le titre de cet ouvrage publié par Evans et Carew en Colombie-Britannique; ne serait-ce pas *The Long Goodbye*?

Mme Dorothy McKinnon (assistante administrative, Institut canadien des recherches avancées): Si, c'est bien cela.

Dr Mustard: Si vous n'avez pas encore lu *The Long Goodbye*, les données pour la Colombie-Britannique, je vous conseille de le faire.

Pour en revenir à notre petit tableau, je conclurai en disant que le régime canadien des soins de santé est une grande réussite. Il a permis de dispenser des soins de premier ordre. Il est équitable; il a bien joué son rôle. Néanmoins, ce régime de soins de santé ne peut pas prendre en charge tous les problèmes qui déterminent fondamentalement la santé de la population, et on ne doit pas s'attendre à ce qu'il le fasse. Ce secteur est en fait déterminé par notre environnement social et matériel.

Ce que je veux vous faire comprendre en fait, c'est qu'il vous faudra sans doute réfléchir beaucoup à cette question des enfants. Par la même occasion, il vous faudra bien comprendre les équilibres de notre société; si vous consommez trop dans la partie de droite du tableau des soins de santé, vous risquez de mettre en cause vos investissements dans la partie de gauche.

Réfléchissez à la question un instant. Si nous produisons trop d'avocats, de médecins et de comptables, oeuvrons-nous véritablement du côté de l'innovation, soit dans la partie gauche? Comment maintenir un certain équilibre au sein de notre société afin d'encourager l'innovation dans le système?

Je comprends bien que ce n'est pas pour vous d'intérêt prioritaire, mais je vous demande au moins d'attirer l'attention de votre gouvernement sur ce point. Ce n'est que si vous vous attaquez à la partie de gauche que vous pourrez véritablement régler la question du coût des soins de santé et des orientations à prendre pour que notre pays ait une population prospère et en bonne santé. Voilà qui met fin à mon exposé, monsieur le président.

[*Text*]

The Chairman: Thank you very much, Dr. Mustard. Certainly you have raised a great number of thought-provoking issues in areas that I am sure will be of interest to the committee. Members probably will wonder where to start. You have touched on a great many areas.

Dr. Halliday, with your interest and some of the suggestions you have made to this committee in the past as to witnesses and what we may be contemplating, perhaps you would be an appropriate person to start with, if you would.

Mr. Halliday (Oxford): Mr. Chairman, thank you very much. In a way you are being unfair to me; I was grappling with the problem of how I would approach any questions to Dr. Mustard. I have sat before him previously and listened to a similar sort of interesting series of slides and a very intriguing presentation. It is certainly demanding of one's thinking.

I am not surprised either, Mr. Chairman, that Dr. Mustard has come to us with his connection between innovation and health care. Since he is vice-chairman of NABST, the National Advisory Board on Science and Technology, I can see that he hopes maybe we will have some influence with those concerned with furthering science and technology.

I agree with him on that. I am not challenging him on it at all. It is interesting that he should come to us with that kind of relationship between health care and science and technology innovation.

I guess I would be interested to know from Dr. Mustard, Mr. Chairman, to what extent he has had a chance to put these thoughts before various governments, federal and provincial, in the health care field or at any other level.

You are on the Ontario Premier's Council, I realize that. To what extent have you had a chance to challenge governments with these concepts? What have been their responses?

Dr. Mustard: To begin with, it is the institute's Program in Population Health that has done this. I will begin with the province of Quebec. Despite the difficulties in our country, the institute has quite a good little base in Quebec. And when the Quebec government was engaged in its current review of the health care system, the institute made a major presentation to the parliamentary commission on health last March, which was a significant presentation in terms of liberations and, indeed, the recommendations they set forth last week.

• 2115

That is one example of a true interaction with the province. I would say, quite frankly, that the province of Quebec benefited from a national program in population health, if you want me to put in a little bit of business of glueing the country together.

In the province of Ontario, as you know, through the Premier's Council on Health Strategy, we have taken the council through all the material of the institute's population health program in considerable depth, greater than what you

[*Translation*]

Le président: Tous mes remerciements, docteur Mustard. Vous avez à n'en pas douter soulevé un grand nombre de questions qui incitent à la réflexion dans des domaines qui intéresseront certainement le comité. Les membres du comité vont certainement se demander par où commencer. Vous avez abordé un grand nombre de domaines.

Docteur Halliday, étant donné votre grand intérêt pour la question et les différentes propositions que vous avez faites au comité par le passé au sujet des témoins à entendre, il serait peut-être bon que vous posiez les premières questions.

M. Halliday (Oxford): Je vous remercie, monsieur le président. En un sens, vous me mettez en difficulté, car j'étais en train de me demander dans quel sens allaient s'orienter mes questions. J'ai déjà eu l'occasion d'écouter le Dr Mustard, d'assister comme ici à la présentation de diapositives intéressantes et de l'entendre exposer des arguments tout à fait novateurs. C'est certainement stimulant pour l'esprit.

Je ne suis pas surpris non plus, monsieur le président, que le Dr Mustard vienne nous faire valoir le rapport entre l'innovation et les soins de santé. En sa qualité de vice-président du CSNST, soit le Conseil consultatif national des sciences et de la technologie, je vois qu'il pense que nous aurons peut-être quelqu'influence auprès des responsables lorsqu'il s'agira de promouvoir la science et la technologie.

Je suis d'accord avec lui sur ce point et je ne cherche absolument pas à remettre ses thèses en question. Il est intéressant d'assister à ce genre de rapprochement entre les soins de santé et l'innovation scientifique et technique.

Monsieur le président, je voudrais demander au Dr Mustard dans quelle mesure il a déjà eu la possibilité de faire connaître son point de vue aux différents gouvernements, tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, aussi bien dans le secteur des soins de santé que dans tous les autres domaines.

Je sais que vous faites partie du Conseil du premier ministre de l'Ontario. Avez-vous été en mesure de faire réfléchir les gouvernements en leur faisant part de toutes ces idées? Quelles ont été leurs réponses?

Dr Mustard: Pour commencer, c'est le programme de l'institut sur la santé de la population qui s'en est chargé. Je commencerai par le Québec. En dépit des difficultés que connaît notre pays, l'institut a une bonne assise au Québec. Lorsque le gouvernement du Québec s'est lancé dans sa révision actuelle du régime des soins de santé, l'institut a présenté en mars dernier un exposé important à la commission parlementaire sur la santé, qui a eu une forte incidence sur les libérations, et enfin sur les recommandations déposées la semaine dernière.

C'est là un exemple de concertation véritable avec la province. Je vous avoue bien franchement que le Québec a bénéficié d'un programme national de santé de la population, si vous voulez que j'apporte mon grain de sel en faveur de l'union de ce pays.

En Ontario, vous savez que par l'intermédiaire du Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, nous avons communiqué au Conseil l'ensemble des données du programme de l'institut en ce qui a trait à la

[*Texte*]

have been presented with tonight. There is a framework document called *Nurturing Health* which I believe the new government is due to release in the next month or two. It summarizes much of this.

We have taken all the senior deputy ministers and policy people in almost all the ministries of the Government of Ontario and taken them through a half-day seminar on all this material to get them to understand that the decisions in ministries other than the Ministry of Health are actually very fundamental in terms of the health of the population. Indeed, they cooked up the phrase that the Ministry of Health was the ministry of sickness care and the others were the other dimension of.

I cannot tell you about the policy side of this, but I will take you a step further in it. The relationship between labour market practices and health is very real and very important for Ontario if it is to survive in its very tough manufacturing problems at the present moment. We have managed to get the concept of labour market adjustment at least infused into the system. I did not go into the details of what unemployment does to the health status of people, but there are ways you can handle that which is less destructive of people and also maintain the quality of your labour force in adjustment. They are thinking about that, and you will find in the nurturing document that is being seriously considered. Probably with the new government it may even be given a higher profile, the things that are taking place.

The child development question has been picked up. Indeed, there are some policy developments coming out of Ontario to try to address some of that. I cannot tell you what they will be. So in Ontario I would say there has been a strong interactive dynamic about that. The controlling of the health care cost side and the alternative side, that is a tougher one to deal with, but that has been looked at within the broader context in the determinants of health. I could give that frame to you.

With the Government of Manitoba, we have had substantial discussions with their minister and their deputy minister and have a base now at the University of Manitoba, and we are attempting to trade a national system of health statistics based on that framework of the determinants of health, which has some complex problems involved to pull it off but it can be done. Their health care encountered it in Manitoba sufficiently integrated that if we can get social environment data locked to it we can actually structure health statistics in that way which will allow you to actually look at the operations of health care against the broader substrata that I was describing for you and get a much better performance measure of what is taking place.

[*Traduction*]

santé de la population, dans le cadre d'une étude réalisée en profondeur, bien plus fouillée que ce que nous vous avons présenté aujourd'hui. Il s'agit d'un document d'orientation intitulé *Nurturing Health* que le nouveau gouvernement doit, je crois, publier dans un ou deux mois. Une grande partie de ce que je vous ai dit y est résumé.

Nous avons organisé à l'intention de tous les principaux sous-ministres et responsables de l'élaboration des politiques de presque tous les ministères du gouvernement de l'Ontario à un colloque d'une demi-journée sur toutes ces questions afin de bien leur faire comprendre que les décisions prises par d'autres ministères que le ministère de la Santé revêtent en fait une grande importance pour la santé de la population. Ils ont d'ailleurs inventé une formule à cette occasion, selon laquelle le ministère de la Santé serait le ministère des soins de maladie et les autres ministères le complément de ce dernier.

Je ne peux pas vous parler des politiques qui seront adoptées, mais j'irai un peu plus loin dans ma démonstration. Les rapports entre la santé et les pratiques adoptées sur le marché du travail sont bien réels et ont une grande importance pour l'Ontario si cette province souhaite parvenir à surmonter les très grandes difficultés du secteur manufacturier à l'heure actuelle. Nous avons réussi à faire au moins intégrer au système les problèmes posés par l'adaptation au marché du travail. Je n'exposerai pas en détail les conséquences que peut avoir le chômage sur la santé des gens, mais il y a des moyens d'aborder le problème qui sont moins destructeurs de la personnalité tout en maintenant la qualité de notre main-d'oeuvre lors des phases d'adaptation. Les responsables se penchent sur la question et vous verrez dans le document *Nurturing Health* que l'on y pense sérieusement. Il est probable qu'avec le nouveau gouvernement, cette question prendra une nouvelle ampleur, et que les choses se mettront en place.

La question du développement de l'enfant a été prise en compte. Un certain nombre de politiques sont d'ailleurs en cours d'élaboration en Ontario sur ce point. Je ne peux pas vous en parler pour l'instant. Je dirai donc qu'en Ontario il y a une bonne dynamique empreinte de collaboration, dans ces différents domaines. Il y a la volonté de contrôler le coût des soins de santé et de s'occuper des médecines de rechange, ce qui est une autre paire de manches, mais toutes ces questions sont examinées dans le cadre plus large des éléments qui déterminent la santé. Je pourrais vous communiquer ce cadre.

Au Manitoba, nous avons eu d'importantes discussions avec les ministres et les sous-ministres du gouvernement, nous sommes maintenant implantés à l'université du Manitoba et nous nous efforçons d'instaurer un système de statistiques nationales sur la santé partant du cadre regroupant les différents éléments déterminant la santé, ce qui pose un certain nombre de problèmes complexes, mais on arrivera à les résoudre. Le régime des soins de santé est suffisamment intégré au Manitoba pour qu'à partir du moment où l'on parviendra à lui adjoindre des statistiques s'appliquant au cadre social, on obtiendra en fait des statistiques sur la santé, structurées de manière à pouvoir replacer les soins de santé dans le cadre plus large que je viens de vous décrire et à disposer de critères de mesures bien plus utiles qu'à l'heure actuelle.

[*Text*]

In B.C., we have Robert Evans on the royal commission and strong interactions there in terms of quite a few things. The Government of Alberta has asked us to meet with it some time this winter to go through the material.

If the institute could find enough money, New Brunswick would like us to put somebody into the University of New Brunswick who would work with their government. It is a story of wide-open opportunity, if I could be very frank with you.

Mr. Halliday: Given the assumption that your views on helping children should be paramount and that we should be spending more money there and perhaps less on us older people like you and me, Fraser, how do you look at the health care system as a system that looks after ill people rather than preventing illness? How do you look at it from the point of view of need for increasing technology in our health care system? In order to have the kind of health personnel, you have to have a challenge for them in the line of various types of research, most of which is high-technology and much of which I would think is probably aimed at the older people often.

How are we going to maintain a good health care system, or do you agree that we should introduce the opportunity in the health care system for those people who can afford to pay something to contribute in order that the public sector has enough money to look after the kids but also to keep the enthusiasm and stimulus for good research going to maintain a good health care system? I have said that kind of clumsily, but you know what I am trying to say.

• 2120

Dr. Mustard: I know what you are trying to get at. I do not know what the bottom line should be as we approach the end of our biological lives, but I guess I would say it does not make sense to put a lot of expensive technology into the final months of one's life. Now, when I reach that stage I may object to what I have just said, but the point is if you look at it from a broad social sense it indeed does not make sense. After all, we are born and we die. You have to accept that reality.

I think it is also true that you have to accept the fact that there is a finite limit to how long primates live, human and non-human. You have to understand that.

Caring for people in the later stage of life is obviously extremely important. Does that caring require high-technology? For most things it does not require it, and you know as well as I do what the problems are professionally of trying to cope with this. This is an issue that involves consumers as well as the profession in trying to resolve what really should be done. I think it is a thing that needs to be more intelligently debated in the country so that we adopt a fairly rational approach to how we cope with that.

[*Translation*]

En Colombie-Britannique, nous avons Robert Evans qui siège à la commission royale et les échanges sont fructueux dans de nombreux domaines. Le gouvernement de l'Alberta nous a demandé de le rencontrer à un moment donné cet hiver pour examiner toutes ces données.

Si l'Institut parvient à trouver l'argent, le Nouveau-Brunswick aimerait que nous détachions quelqu'un à l'université du Nouveau-Brunswick pour collaborer avec le gouvernement de cette province. Je vous avoue bien franchement que tout cela ne relève que du domaine des possibilités.

M. Halliday: Etant donné que vous partez du principe que l'on devrait s'occuper avant tout des enfants et consacrer éventuellement moins d'argent aux gens plus âgés comme vous et moi, Fraser, qu'allez-vous faire d'un système de soins de santé qui se penche avant tout sur les malades plutôt que de chercher à prévenir la maladie? Que faire lorsqu'on en vient à la nécessité de multiplier les techniques au sein de nos systèmes de soins de santé? Pour avoir un bon personnel de santé, il faut savoir lui donner des défis, dans différents domaines de recherche, qui sont en grande partie axés sur les techniques de pointe et pour une bonne part, j'imagine, axés avant tout sur les personnes âgées.

Comment maintenir un bon système de santé? N'êtes-vous pas d'accord pour dire qu'il nous faudrait prévoir dans le cadre de ce système, pour les gens qui sont en mesure de payer, la possiblité de contribuer dans une certaine mesure, afin que le secteur public ait suffisamment d'argent pour s'occuper des enfants tout en gardant suffisamment d'enthousiasme et d'incitation favorisant une recherche de qualité pour que l'on puisse conserver un bon système de santé? Je me suis assez mal exprimé, mais je suis sûr que vous saurez traduire ma pensée.

Dr Mustard: Je vois ou vous voulez en venir. Je ne sais pas exactement de quoi il retourne au moment ou nous approchons de la fin de notre vie biologique, mais j'imagine qu'il n'est pas très utile de mettre en branle des techniques onéreuses lors des derniers mois de notre vie. Il se peut bien entendu que je ne sois pas de cet avis lorsque j'en serai moi-même à ce point-là, mais il faut bien comprendre que du point de vue de la société en général, cela n'a aucun sens. Après tout, nous sommes nés pour mourir. Il faut accepter cette réalité.

Il est vrai par ailleurs qu'il nous faut accepter, à mon avis, que la durée de vie de tous les êtres vivants qu'il s'agisse ou non d'êtres humains, est limitée. Il faut bien le comprendre.

Il est bien entendu extrêmement important de pouvoir soigner les gens au stade ultime de leur vie. Est-ce qu'il faut pour cela recourir à des techniques de pointe? Dans la plupart des cas, ce n'est pas nécessaire et vous savez aussi bien que moi quels sont les problèmes que cela amène sur le plan professionnel. C'est une question qui concerne à la fois les consommateurs et les professionnels, qui doivent s'efforcer de décider ce qu'il convient effectivement de faire. Je pense qu'il s'agit là d'un problème dont il convient de débattre plus intelligemment dans notre pays de façon à pouvoir adopter des solutions plus rationnelles.

[*Texte*]

I think equally as well it is important to prevent pressures in society from distorting that areas as well. We have to prevent our profession from distorting that, getting into inappropriate care.

An hon. member: What about our other professions?

Dr. Mustard: You are absolutely right. We have to be very careful about that, and we are not very careful about that because we do not have a way of monitoring the accountability of the health care system the way it is set up. After all, medicine is one of those few professions that is given the privilege of keeping other people out from doing certain things, and for good reason, but how do you make certain it uses that privilege in an accountable manner in society? I think that is one of the issues that we have not addressed as effectively as we should around this particular issue.

Technology? Technology and medicine can be very good, but if you look at the productivity and the production of health care from Statistics Canada, we have had negative productivity in health care for the last 10 years. That is the last thing you want. That raises some very fundamental questions about the value of the technology and how it is used.

One of the tough questions is how do you ensure that the technology that is being introduced is effective, and how you ensure that it is being efficiently applied. There is not an incentive system for doing that. It does not take anybody who knows something about it very long to pick out the areas where we have difficulties in coping with that. Quality assurance is an extremely important thing that you really have to superimpose on that area, and that is a thing on which you will see some of the provinces are trying to come forward.

I will not agree with you that user fees or privatization will solve your problem, because just remember those four boxes. It does not matter if you have financed the health care system publicly or privately. It is still a consumption function, and it comes out of the total economy of your society.

It is a consumption function. It is not a wealth-creating function, and so if you are using money in that area you are taking it out of your ability to invest in innovations. Do not delude yourself on that one, please, because you will have to be attacked if you delude yourselves on that one by those of us who believe very strongly on this point.

The American system has its huge problems. They are overspending in health care because they have no way of controlling that consumption function. You sure as hell do not want to have to put the equivalent of a GST tax on health care to control expenditures there, if I can be very frank to you.

You need to recognize that the system you have is extremely good. The problem is that you do not have enough revenue coming into the Government of Canada because of your inability to create wealth to finance the services we provide, and we have no way of increasing their efficiency or getting at their accountability.

[*Traduction*]

Je pense aussi qu'il importe d'éviter que les pressions qui s'exercent au sein de notre société viennent fausser les problèmes. Il faut empêcher notre profession d'adopter de fausses solutions, d'offrir des soins inappropriés.

Une voix: Et les autres professions de notre secteur?

Dr Mustard: Vous avez tout à fait raison. C'est un problème très délicat et nous n'y avons pas suffisamment fait attention parce que nous n'avons aucun moyen de faire rendre des comptes au régime de soins de santé, de la façon dont il fonctionne. Après tout, la médecine est l'une des rares professions qui a reçu le privilège d'empêcher d'autres gens de faire certaines choses, et avec raison, mais comment s'assurer que ce privilège est exercé de manière responsable au sein de notre société? Je pense que c'est là un des problèmes sur lequel qu'aurait dû étudier de plus près.

La technologie? La technologie et la médecine peuvent faire bon ménage, mais lorsqu'on examine les chiffres de Statistiques Canada en matière de productivité et de production du secteur de la santé, on constate que ces 10 dernières années, notre productivité en matière de santé a été négative. C'est tout à fait regrettable. On en vient à douter tout à fait de la valeur de la technologie et de la façon dont elle est utilisée.

L'une des grosses difficultés c'est de faire en sorte que les techniques mises en place soient utiles, et de s'assurer qu'elles sont appliquées efficacement. Il n'y a aucun incitatif à ce niveau. Quelqu'un qui est un peu versé dans ce genre de chose ne met pas très longtemps à voir dans quel domaine nous éprouvons des difficultés à ce niveau. Le contrôle de la qualité est un élément extrêmement important qu'il faut absolument exercer dans ce secteur et c'est là une tâche, vous le verrez, à laquelle certaines provinces s'efforceront de s'atteler.

Je ne suis pas d'accord avec vous pour dire que les tickets modérateurs ou la privatisation vont régler ce problème-là, car il ne faut pas oublier les quatre cases dont je vous ai parlé. Que vous financiez le secteur de la santé par des fonds publics ou en recourant au secteur privé, cela n'a pas d'importance. Il s'agit toujours d'une fonction de consommation, dont le coût est prélevé sur l'ensemble de l'économie d'une société.

C'est une fonction de consommation. Ce n'est pas une fonction créatrice de richesse et à partir du moment ou vous versez de l'argent dans ce secteur, vous n'avez plus cet argent pour investir dans l'innovation. Ne vous bercez pas d'illusions sur ce point, car sinon vous serez rappelé à la réalité par ceux d'entre nous qui ont des convictions bien ancrées en la matière.

Le régime appliqué aux Etats-Unis pose d'énormes problèmes. Les dépenses de santé dans ce pays sont bien trop élevées parce qu'il n'y a aucun moyen de contrôler cette fonction de consommation. Prenez bien garde de ne pas devoir imposer l'équivalent d'une TPS sur la santé pour contrôler les dépenses dans ce secteur, je vous le dis bien franchement.

Il vous faut bien voir que le régime dont vous disposez est excellent. La difficulté, c'est que les recettes qui parviennent au gouvernement du Canada ne sont pas suffisantes parce que vous n'êtes pas en mesure de créer suffisamment de richesse pour financer les services que nous dispensons et parce que nous n'avons aucun moyen d'améliorer leur rentabilité ou de leur faire rendre des comptes.

[*Text*]

Those are the more important things to strike at, in my judgment. Then I think you can have sufficient funds to fund the aged group.

Look, you can go through the small towns of the province of Ontario and talk to the physicians who use those hospitals. They will tell you about their inefficiency. They will tell you about their staffing and their administration. They have become transfer functions in those communities, not health care facilities in the true sense of the world.

Maybe that is a good way to transfer income because there are all kinds of people employed by it, but I have been associated with communities in which the doctors wanted to get the hospital closed and could not.

The Chairman: I recognize the Official Opposition. Mrs. Clancy, I am sure you are interested in hearing that you have an elected leader in the House of Commons now. Congratulations.

Mrs. Clancy: Thank you very much, Mr. Chairman. I must say that is the reason I am late. I waited until the official word came from Beausejour. I could not get out of the lobby.

Dr. Mustard, I want to thank you very much. As I said, only waiting for the results from Beausejour could have kept me late.

I want to ask you about your comment about elderly care and intervention and looking at how we are going to have to make hard decisions, obviously, at some point along the way in that.

• 2125

When you talk about the profession of medicine having its privileges and how its accountability must become stronger, one of the things that frightens me a little is that in looking to make that decision, we cannot do that without the active participation of the medical profession; yet, given the increase in litigation against the medical profession as things stand now, how likely is it that the medical profession is going to be even unhampered enough, if I can use that expression, to give the kind of advice it should give?

Dr. Mustard: I cannot answer that question. Litigation is an issue, but it is not a dominant issue in our society at present.

First is general consumer understanding of the nature of life, families, general understanding of the limits to medicine, which I think the profession is quite capable of getting people to understand. If you approach this problem from the standpoint of outlining the issues and having your groups and your society discuss it, including your profession, then I feel very comfortable that you will come to satisfactory ways of handling it.

If you go and look at some of the units that provide care for the older people—I hate to say this with two westerners that I know of here, the chairman and my colleague on my left—I am quite impressed by some of the organizations in

[*Translation*]

À mon avis, ce sont-là les principales choses qu'il faut viser. Ensuite, je pense que vous pouvez avoir suffisamment de crédit pour financer la catégorie des personnes âgées.

Il suffit de parcourir les petites villes de l'Ontario et de parler aux médecins qui travaillent dans ces hôpitaux-là. Ils vous parleront de leur inefficacité. Ils vous diront ce qui se passe au sujet de leur personnel et de leur administration. Ces hôpitaux sont devenus des fonctions de transfert au sein de ces localités et ne sont plus des établissements de santé au vrai sens du terme.

Il se peut que ce soit là une bonne façon d'assurer des transferts de revenus parce que ces hôpitaux emploient toutes sortes de gens, mais j'ai vu dans certaines localités des médecins qui voulaient obtenir la fermeture d'un hôpital sans pouvoir y parvenir.

Le président: Je donne la parole à l'opposition officielle. Madame Clancy, je suis sûr que vous serez ravie d'apprendre que votre chef vient d'être élu à la Chambre des communes. Félicitations.

Mme Clancy: Merci beaucoup, monsieur le président. Je dois vous dire que c'est la raison pour laquelle je suis en retard. J'ai attendu d'avoir la confirmation officielle dans la circonscription de Beauséjour. Je n'ai pas pu quitter la salle.

Docteur Mustard, je veux tout d'abord vous remercier. Comme je viens de le dire, si je suis en retard, c'est uniquement parce que j'attendais d'avoir les résultats de Beauséjour.

Je vais vous poser une question sur le commentaire que vous venez de faire au sujet des soins à donner aux personnes âgées, des mesures d'intervention et du fait qu'à un moment donné il nous faudra de toute évidence prendre des décisions difficiles.

Lorsque vous nous dites que la profession de médecin a des privilèges et qu'il faut qu'elle rende davantage de comptes, l'une des choses qui me fait un peu peur c'est qu'au moment de prendre pareille décision, il nous faudra forcément compter sur la participation active de la profession médicale et pourtant, compte tenu du fait que l'on intente de plus en plus de poursuites à l'heure actuelle à l'encontre des médecins, peut-on penser que la profession médicale ne sera pas trop gênée aux entournures, si vous me passez l'expression, pour nous donner le genre de conseils que l'on en attend?

Dr Mustard: Je ne peut pas répondre à cette question. Les poursuites judiciaires jouent un rôle, mais ce n'est pas un rôle déterminant dans notre société à l'heure actuelle.

Il y a dans cela la compréhension par le consommateur en général de la nature de la vie, la question de la famille, la compréhension des limites de la médecine, que la profession est à mon avis tout à fait en mesure de faire comprendre au public. Si vous parvenez à aborder ce problème en posant les grandes questions et si vous réussissez à faire en sorte qu'au sein de votre groupe et dans la société toute entière on en discute, y compris dans votre profession, je suis certain que vous parviendrez à des solutions tout à fait satisfaisantes.

Allez voir les établissements qui dispensent des soins aux personnes âgées—et je le dis avec une certaine envie, puisque je sais que deux des assistants ici parmi nous sont des représentants de l'Ouest, soit le président et mon collègue de

[*Texte*]

Alberta that are organized to care for older people. They are sensitive; they do a high-class job; they know how to mobilize the various support services behind it and how to use professionals at the right time.

It seems to me that kind of innovative way, which is community driven, is the way you want to try to tackle that kind of problem.

It was one of Lutheran groups near Edmonton that I spent some time with, and it was a very high-quality system. They understood the nature of the aging process, what had to be done, what would be appropriate, work with the families. It was a highly constructive, sensitive support system.

That is the issue you have to think about: what kinds of support systems can your social environment create for people? In the old days, when you had lots of intergenerational support, it was relatively easy. You are into a new kind of society, in which you have to become creative about it. I am trying to avoid making it black or white. I am trying to say that you need to create an interactive structure of the players.

Mrs. Clancy: Sure. I understand that, but I guess I am still pressing a bit. I agree with that approach absolutely, but I guess I am looking at a more concrete example. I would imagine that if an 85-year-old man was looking for bypass surgery today then he would be turned down—probably. I do not know; maybe not, but it would just seem to me likely. What about a 75-year-old or a 70-year-old? Where do we start to draw the line? That is the problem. Also, how is the medical profession going to react in that situation? It may be my own professional bias, but it seems to me that litigation is burgeoning. It is certainly burgeoning against doctors in my region of the country, in the Maritimes.

Dr. Mustard: You are coming to what is really a question that was asked earlier about medical technology. In answer to the question, you have to sit back and ask yourself a variety of questions.

First of all, what is happening to the true incidence of coronary heart disease? It is declining, so that tells you something. Obviously the question we are asking will be asked about something else later on if the decline continues.

Secondly, at which age do which kinds of interventions have the best benefit for the individual? Coronary artery bypass surgery has its benefits, but it also, like everything else, has its limits. If you look at the data and start to ask questions about total mortality over long periods of time, the debate between surgical intervention and medical intervention becomes quite intense.

[*Traduction*]

gauche—je dois dire que je suis très impressionné par certaines organisations qui, en Alberta, s'occupent des personnes âgées. Elles font preuve de délicatesse, elles accomplissent un travail de premier ordre, elles réussissent à mobiliser les différents services de soutien et elles savent employer les professionnels à bon escient.

Il m'apparaît que ce genre de solution novatrice, qui découle de l'initiative des collectivités, est la meilleure façon de résoudre ce genre de problème.

J'ai eu l'occasion de passer quelque temps avec des groupes luthériens près d'Edmonton et les services dispensés étaient d'excellente qualité. On y comprenait la nature des mécanismes de vieillissement, on savait ce qu'il fallait faire, on connaissait les mesures à prendre, on travaillait avec les familles. On recourait à des solutions très constructives, à un système de soutien sensible aux individus.

C'est le genre de question à laquelle il nous faut penser: quels sont les mécanismes de soutien que votre environnement social dispense aux individus? Dans le bon vieux temps, lorsque le soutien entre générations était suffisamment fort, c'était relativement facile. Vous avez maintenant un nouveau genre de société et il vous faut faire preuve d'imagination. Je veux éviter de tout peindre en blanc ou en noir. Je m'efforce de vous dire qu'il vous faut mettre sur pied une structure interactive à l'intention des différents intervenants.

Mme Clancy: Bien sûr. Je comprends, mais je me pose encore des questions. Je suis tout à fait d'accord quant à votre démarche, mais je vais prendre un exemple plus concret. J'imagine qu'un homme de 85 ans qui voudrait aujourd'hui subir un pontage essuyerait probablement un refus. C'est probable, même si je n'en sais vraiment rien. Mais que va-t-il se passer s'il a 70 ou 75 ans? Où se situe la limite? C'est là toute la difficulté. Par ailleurs, comment vont réagir les médecins en pareil cas? C'est peut-être une déformation professionnelle de ma part, mais il me semble que les poursuites judiciaires deviennent plus fréquentes. Ce qui est certain c'est qu'elles se multiplient à l'encontre des médecins de ma région, dans les Maritimes.

Dr Mustard: Vous en revenez enfin à une question qui a été posée tout à l'heure au sujet des techniques médicales. Pour répondre à cette question, il faut prendre le temps de réfléchir et se poser tout un tas de questions subsidiaires.

Tout d'abord, quelle est la véritable incidence des maladies coronariennes? Si cette incidence diminue, c'est un signe. Bien évidemment, la question que vous me posez là sera posée plus tard sur quelque chose d'autre si cette incidence continue à diminuer.

En second lieu, à quel âge ce genre d'intervention est le plus bénéfique pour l'individu? Les pontages de l'artère coronaire ont leurs avantages mais, comme toutes choses, ont aussi leur limites. Si vous examinez les statistiques et si vous commencez à vous poser des questions sur la mortalité globale sur de longues périodes, le débat entre interventions chirurgicales et interventions médicales devient très ardu.

[*Text*]

You have to make sure those debates are handled intelligently and that information becomes part of the basis for trying to make decisions. This is the quality assurance aspect of medicine, which is weak, which needs to be increased. You should never really ask those questions outside of that framework. Physicians basically are sound people who, given the chance to do it, will do that with a fair amount of rigour.

Indeed—I will just make a digression—if you become sick, the wisest thing is to find some physician who has lots of human sense and common sense to be your guide. Any physician knows that. Watch who physicians go to for advice if you want some advice as to where to go. So that is a very important thing that you have to bring into the system.

• 2130

Coronary artery bypass surgery rather than medical treatment is a substantial gain for the condition that you have. If the person is 85 years of age and in good health, I can see no reason why you would not do it. That person may have another 15 years to live so that makes good sense. However, if I have severe heart failure, my lungs are severely damaged and I have a fair amount of cerebral disfunction, I am not sure it is worth the investment for me or my family. That is what I call a quality medical judgment.

Mr. Cole (York—Simcoe): I want to follow up on your last comment, Dr. Mustard. You said you were not sure whether the investment was right for the patient or his family. From a very crass point of view that investment is one that society or the state has taken on, as opposed to the individual. Do you support that being the role or is the individual and the family also responsible?

Dr. Mustard: I think you are on target. One of the things one has to keep working at in any system of care is consumer accountability and responsibility, if you want to look at it that way. And the consumer is in a very difficult situation because of an asymmetry of information between the profession and the consumer. You can take the asymmetry of information question if you want to. The Americans have been struggling to do that through a variety of devices, and our own professional systems have been trying to do it. However, it is a scenario in which we can do a great deal more.

It is hard for a consumer to be responsible when they do not understand. It is a frightening situation for them to cope with. It is a tough thing to handle but you can try to cope with it. And obviously even with symmetry of information you will find people who are going to behave in certain ways.

Mr. Cole: But under the present system the only information the consumer has is given to him by the provider of the service, which in my opinion is correct, but the part lacking is the cost of the service which the consumer may or

[*Translation*]

Il faut vous assurer que ce débat soit mené intelligemment et que les décisions que l'on s'efforce de prendre soient prises en toute connaissance de cause. Il y a un contrôle de la qualité de la médecine qui est aujourd'hui déficient et qu'il convient d'améliorer. Vous ne pourrez jamais véritablement répondre à toutes ces questions en dehors de ce cadre. Les médecins sont à la base des gens sensés qui, si on leur en donne la possibilité, se chargeront de répondre avec une certaine rigueur.

D'ailleurs—soit dit en passant—si vous tombez malade, le mieux que vous puissiez faire, c'est de vous adressez à un médecin qui possède beaucoup d'humanité et de bon sens. Il saura vous guider. N'importe quel médecin en conviendra. Adressez-vous là où s'adressent les médecins eux-mêmes si vous avez besoin de conseils. C'est là un élément très important qu'il vous faut faire intervenir dans le système.

Un pontage coronarien peut être très supérieur à un traitement médical, selon votre état. Je ne vois pas pourquoi une personne âgée de 85 ans et en bonne santé ne pourrait pas obtenir un pontage. Cette personne peut très bien avoir encore 15 ans à vivre et c'est donc tout à fait logique. Par contre, si j'ai de graves défaillances cardiaques, si mes poumons sont sévèrement endommagés et si mon cerveau fonctionne très mal, je ne suis pas sûr que ce soit un bon investissement pour moi-même ou pour ma famille. C'est ce que j'appelle un jugement médical qualitatif.

M. Cole (York—Simcoe): Je vais poursuivre au sujet de ce que vous venez de nous dire, docteur Mustard. Vous nous dites que vous n'êtes pas certain que l'investissement soit justifié pour le malade ou pour sa famille. D'un point de vue purement prosaïque, cet investissement est celui de la société ou de l'État par opposition à celui de l'individu. Pensez-vous que ce soit là le rôle de la société ou que l'individu et la famille soient aussi responsables?

Dr Mustard: Je pense que vous touchez au coeur du problème. Dans tout système de santé, il ne faut jamais oublier de s'intéresser à l'obligation ou au devoir de rendre des comptes du consommateur, si l'on veut examiner les choses sous cet angle. Le consommateur se trouve alors placé dans une situation très difficile en raison de la disparité des informations dont il dispose par rapport au médecin. Vous pouvez, si vous le voulez, traiter de la question de la disparité de l'information. Les États-Unis se sont efforcés de le faire en recourant à divers mécanismes et nos propres régimes professionnels ont cherché à y parvenir. Toutefois, c'est là un domaine dans lequel il reste bien des choses à faire.

Il est difficile pour le consommateur de se montrer responsable losrsqu'il ne comprend pas. C'est une situation qui l'effraye. Il est difficile d'y faire face, mais vous pouvez essayer. Bien entendu, il y a aussi des gens qui vont agir d'une certaine manière lorsqu'il y a des disparités au niveau de l'information.

M. Cole: Toutefois, dans le régime actuel, les seules informations que reçoit le consommateur lui sont données par celui qui dispense le service, ce qui est une bonne chose à mon avis, mais on ne parle pas du coût du service que le

[*Texte*]

may not want. I am referring not just to monetary costs but to physical and perhaps emotional costs. In most instances I think physicians are quite prepared to talk about the latter, but very seldom will they talk about the former. In my view that is the total opposite of what has happened in health care in this country in the last 25 years.

I am concerned because I see us getting into a situation... I liken it to a situation where everyone in the country would get an annual CAT scan. I am sure you would argue against that very strenuously, as I am sure most physicians would.

Dr. Mustard: I hope they would.

Mr. Cole: I am sure they would. However, as a consumer I could argue very effectively that I should be entitled to have that CAT scan because I might be that 1 in 25 million.

Dr. Mustard: Sure, and that is an issue your system has to be able to handle. There are various ways you can handle that. Of course the litigation question then becomes a very dominant theme in it.

What you are really asking is whether the bulk of consumers behave irresponsibly, or just a few. The data I am familiar with says it is relatively few. It is not a massive problem. So do you design the system to cater to the few or do you find ways to handle the few who are a problem? I think you can do the latter.

• 2135

Mr. Cole: Fair enough. Would you agree with me in the statement that there is more demand by the consumer for an antibiotic for the common cold than there is for the physician to provide the antibiotic for the common cold?

Dr. Mustard: I would say it is a perception one could have. I am not sure whether the data, if you look at the total population, would verify your statement. You may have the evidence for it. I have not seen it.

Mr. Cole: No, I have not. I am trying to get at what is driving the system.

Dr. Mustard: I think two things are driving the system. I think consumer expectation, but I think you also have to be equally blunt. What do you do if you are trained as a doctor today and you have to go out and earn a living by providing a service? I think we have more doctors than we actually need.

If I graduate from medical school and have to earn a living, I have to find something to do. My colleagues can tell me, as consumers, about physicians who bring them back repeatedly when we would not bring them back repeatedly. So you have a mixed bag of tricks out there; the system needs some kind of reorganization. When I said you needed to see if you can create market factors in a publicly financed system, I was trying to get at this question.

[*Traduction*]

consommateur peut vouloir ou non. Je ne parle pas seulement du coût monétaire mais aussi du coût physique et éventuellement psychologique. Dans la plupart des cas, les médecins sont à mon avis fort bien disposés à parler des uns, mais ils parlent rarement des autres. Je considère que c'est absolument le contraire de ce qui s'est passé ces 25 dernières années dans le secteur de la santé dans notre pays.

Je suis préoccupé parce que je vois que ça va nous mener à des situations... On va en arriver au point où tout le monde va passer chaque année au scanner. Je suis sûr que vous y seriez tout à fait opposé, comme le seraient la plupart des médecins.

Dr Mustard: J'espère bien qu'ils le seraient.

M. Cole: Je suis sûr que ce serait le cas. Il n'en reste pas moins qu'en tant que consommateur je puis soutenir bien légitimement qu'il me faut ce scanner parce que sur 25 millions de possibilités c'est peut-être sur moi que ça pourrait tomber.

Dr Mustard: Bien entendu, et c'est là une question que l'on doit pouvoir résoudre dans notre système. Il y a différentes façons de le faire. Il va de soi que la question des poursuites judiciaires jouerait un rôle majeur.

Vous me demandez en réalité si la plupart des consommateurs agissent de manière irresponsable ou s'il ne s'agit que de quelques-uns. Les statistiques dont j'ai pu prendre connaissance nous disent qu'ils sont relativement peu nombreux. Ce n'est pas un problème d'envergure. En conséquence, va-t-on concevoir le système en fonction de quelques uns ou trouver les moyens de prendre en charge les quelques individus qui constituent le problème? Je pense qu'il faut recourir à la deuxième solution.

M. Cole: Cela va de soi. Êtes-vous d'accord avec moi pour dire qu'il y a une plus grande demande de la part du consommateur pour qu'un simple rhume soit traité par des antibiotiques qu'il n'y en a de la part du médecin pour traiter ce même rhume à l'aide d'antibiotiques?

Dr Mustard: Je dirais que c'est une question de perception. Je ne sais pas si les statistiques, si vous prenez l'ensemble de la population, vont dans le sens de vos déclarations. Vous en avez peut-être des preuves. Je n'en ai pas vues.

M. Cole: Non, je n'en ai pas. J'essaie de voir ce qui alimente le système.

Dr Mustard: Je pense que deux choses alimentent le système. Il y a d'abord les attentes des consommateurs, mais il ne faut pas non plus se leurrer. Que faites-vous aujourd'hui avec votre diplôme de médecin lorsqu'il vous faut aller gagner votre vie et dispenser un service? Je crois que nous avons plus de médecins que nous n'en avons besoin.

Si je suis diplômé d'une école de médecine et s'il me faut aller gagner ma vie, il me faut trouver quelque chose à faire. Mes collègues vont me parler, en tant que consommateur, de ces médecins qui réussissent à faire en sorte que leurs malades reviennent constamment les voir, alors que d'autres n'y parviennent pas. Il y a donc tout un jeu ici; le système a besoin d'une certaine réorganisation. Lorsque je vous disais tout à l'heure qu'il vous fallait voir si vous pouviez créer des éléments de marché dans un secteur financé par les crédits publics, je voulais aborder cette question.

[*Text*]

There are various ways you can do it. You can go to a voucher system of payment. By law I have to contract into a group practice very year. This creates some force. It takes away a bit of the freedom to practise. You can set up a system whereby you authorize your HMO systems, if I can put it in that sense.

If I have a commitment of financing to me, which I then have to service you, I will do my damnedest to service you in a way that keeps you as my client but does not overspend money. I am not going to underservice you. I am not going to put you at risk, because that damages the reputation of my group. I think you have to start moving to those kinds of systems.

Here is where you can have an advantage because you can even set this up so that your voucher is the average cost of the care. If you do want a hand-holding group to look after you, then you can pay a higher premium to go to that particular group but you do it out of your pocket. Basically it is a system that has equity and you put some kind of market forces into the system.

If I were active in my profession, I would be pushing very hard to develop that kind of system because it maintains the integrity of the control, the caring function, in professional hands but it also puts discipline on the performance of the group. I would also mandate that the group has to annually report on their performance; that is, the performance in terms of how well they handled the different kinds of cases that come in, which would be made public.

Mr. Cole: Can I clarify? I do not want to belabour this too much. You brought up the point that in the HMO system, you would be prepared to accept the individual providing more input into it on an annual basis if they wanted the extra care.

Dr. Mustard: Yes. That is buying into a system.

Mr. Cole: That is right. What is the difference between this and the individual being willing to do the same thing for you by paying over and above the standard health care system for what you provide?

Dr. Mustard: One of the powerful differences is that your public sector institutions, which credit this, are able to monitor the performance of all of them. Indeed if you are getting into some units that are underfunded, then you have to change the value of your voucher. What you are basically doing is maintaining an equitable system. If you go into the present system and put a user fee charge into the system, you do not have the checks and balances in the system. You do not have the competitive nature of the system of comparing A against B against C. You actually do not gain a hell of a lot in the system if you do this. You run the risk of all kinds of distortions appearing in the system. You do not have a competitive system at the present moment. You do not have a market force in the system.

[*Translation*]

Il y a différents moyens d'y parvenir. Vous pouvez créer un système de paiement au moyen de pièces justificatives. La loi m'oblige à m'engager au sein d'un groupe de praticiens de la médecine chaque année. Cela crée une certaine incitation. On retire en partie la liberté de pratiquer. On peut instaurer un système faisant place officiellement aux organismes de soins de santé intégrés, si je peux parler ainsi.

Si je bénéficie d'un engagement de crédit et si je dois en contrepartie dispenser un service, je ferai tout mon possible pour donner le meilleur service possible afin de garder ma clientèle, sans toutefois gaspiller l'argent. Je n'ai pas intérêt à vous donner un minimum de services. Je ne veux pas courir ce risque, parce que je ne veux pas porter atteinte à la réputation de mon groupe. Je pense qu'il nous faut aller vers ce genre de système.

C'est là que vous avez un certain avantage, parce que vous pouvez même prévoir un mécanisme selon lequel votre reçu correspond au coût moyen des soins. Si vous voulez qu'un groupe vous prenne ensuite en charge, vous pouvez toujours payer un montant supplémentaire à ce groupe en particulier, mais vous le faites de votre propre poche. C'est donc essentiellement un système équitable, qui fait quand même intervenir le marché.

Si j'étais en activité dans ma profession, je m'efforcerais de mon mieux d'instaurer ce genre de système qui laisse aux professionnels l'intégralité du pouvoir de contrôle, le rôle de personnel soignant, tout en introduisant une certaine discipline au niveau de la performance du groupe. Je prévoirais aussi que le groupe rende compte annuellement de sa performance, c'est-à-dire de la façon dont il a su traiter les différents cas qui lui ont été présentés, cas qui seraient rendus publics.

M. Cole: Puis-je apporter quelques précisions? je ne voudrais pas que l'on insiste trop là-dessus. Vous nous avez indiqué que dans le cadre d'un réseau d'organisation de soins de santé intégrés, vous seriez disposé à accepter que les particuliers versent davantage chaque année s'ils veulent bénéficier de soins supplémentaires.

Dr Mustard: Oui. C'est ce qui s'appelle acheter un service.

M. Cole: Je comprends. Quelle est la différence entre ce système et le fait pour un particulier d'être disposé à faire la même chose pour vous en payant plus que son prix le service de soins de santé qui vous est dispensé couramment?

Dr Mustard: Une des grandes différences, c'est que les établissements du secteur public, qui donnent les crédits correspondants, seront en mesure de mieux contrôler l'ensemble des performances. D'ailleurs, si vous entrez dans un service qui manque de crédits, il vous faudra changer la valeur de votre pièce justificative. Au fond, vous faites fonctionner un système équitable. Si, dans le système actuel, vous introduisez un ticket modérateur, vous n'avez plus les moyens de contrôle correspondants. Vous n'avez plus la possibilité de comparer A à B ou C au sein du système. Vous ne gagnez pas grand-chose dans votre système en agissant ainsi. Vous risquez de voir apparaître toutes sortes de distorsions dans le système. Vous n'avez pas à l'heure actuelle le système concurrentiel. Les forces du marché n'interviennent pas.

[*Texte*]

Mr. Cole: This is my concern about the whole system as it is developing now. You have talked about the way you used to practise, but there was a different financial and a different market system within it at that time.

Dr. Mustard: I am also saying that even if you go this way, you would have to put a constraint on the additional purchasing power you could put into the system because you do not want your health care costs or your conception costs to go to whack on you and get into the U.S. problem. It is a tough one.

There are some papers on this, which I cannot remember off the top of my head. They have gone into this in some detail, which perhaps you should look at. They really talk about how you can try to construct this in our system. I know you have had those papers. Have you had them?

• 2140

Mr. Cole: Some of them we have, yes.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Dr. Mustard, I would like to pose some questions asking for some explanations of the observations you have made and perhaps getting you to tell us about government policies and programs, the approach and type, and go back to accountability, and then towards the end I will ask you about a solution to child poverty in light of your presentation.

The Chairman: We have a meeting at 9.15 a.m., Doctor.

Mr. Pagtakhan: When you started, Dr. Mustard, I was really intrigued. You said that income would be what would determine our ability to give that quality of life. What is the chicken and the egg? How can we have the ability to produce income when we do not have a strong citizenry who are all able-bodied citizens?

Dr. Mustard: Let me have that again: how do we produce income?

Mr. Pagtakhan: Yes.

Dr. Mustard: Let me put it in another context. All primates live in social environments, whether they be human or non-human. And if you do not live in a social environment you do not live very long. It has very adverse effects on you. If you want to treat Canada as a social environment, which some of us do, then you have to be concerned about how you maintain sufficient resources to sustain and control that social environment.

A nation that has lived off the extraction of natural wealth usually does not understand wealth creation. It basically is giving people permission to go and extract that wealth, the minerals, the oil and the gas. Then the governments tax them and redistribute the income to treat some of the regional differences and create the social programs. Those kinds of societies tend not to understand wealth creation and what you have to do about it.

[*Traduction*]

M. Cole: C'est ce qui m'inquiète dans la façon dont se développe l'ensemble du système à l'heure actuelle. Vous nous avez parlé de la façon dont vous pratiquiez autrefois, mais le marché et le système financier étaient alors différents.

Dr Mustard: Je dis aussi que même si vous vous engagez dans cette voie, il vous faudra aussi imposer une limite au pouvoir d'achat supplémentaire que vous introduirez dans le système parce qu'il vous faudra éviter que les coûts de la santé et les coûts du projet ne s'emballent, comme dans le système en cours aux États-Unis. C'est un problème ardu.

Il y a eu différentes études à ce sujet, que je n'ai pas en mémoire. La question y est examinée en détail et il serait peut-être bon que vous les consultiez. On y parle en fait de la façon d'introduire ce mécanisme dans notre système. Je sais que vous avez eu ces études en main. Vous les avez n'est-ce pas?

M. Cole: Nous en avons certains, oui.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Monsieur Mustard, pourriez-vous nous donner quelques explications supplémentaires sur certaines des questions que vous avez abordées? Pourriez-vous nous parler un petit peu des politiques et des programmes gouvernementaux, les divers types d'approche, et, aussi, nous reparler du principe de l'imputabilité? Après cela, j'aimerais que vous évoquiez, par rapport aux arguments que vous aurez fait valoir dans votre exposé, quelles pourraient être les solutions à rechercher pour mettre fin à la pauvreté chez les enfants.

Le président: Nous avons une réunion de prévue pour 9h15.

M. Pagtakhan: Vos premières observations ont éveillé ma curiosité. D'après vous, seul le revenu permet d'agir sur la qualité de la vie. Mais où est la cause et où est l'effet? Comment arriver à augmenter les revenus si la population n'a pas elle-même le dynanisme requis?

Dr Mustard: Je ne saisis pas très bien: comment accroître les revenus?

M. Pagtakhan: C'est cela.

Dr Mustard: Permettez-moi d'aborder la question sous un angle un tant soit peu différent. Tous les primates vivent en société, qui s'agisse de l'homme ou des autres espèces de cet ordre. Ceux qui demeurent isolés ne vivent pas très longtemps car l'état d'isolation ne leur convient guère. Si l'on considère le Canada comme un espace communautaire, comme une société au sens organique, ce qu'il est en fait pour certains d'entre nous, il faut bien réfléchir aux moyens de se procurer les ressources nécessaires au maintien de cette société.

Les nations dont la prospérité dépend essentiellement de ressources naturelles ne comprennent généralement pas comment se crée la richesse. Une telle société se contente d'autoriser certains de ses citoyens à extraire cette richesse du territoire national en exploitant les minerais, le gaz ou le pétrole. Ensuite, les gouvernements imposent leurs revenus et redistribuent une part de cette richesse afin de pallier les disparités régionales et mettre en oeuvre des programmes sociaux dans l'intérêt des populations. Je dis donc que les sociétés de ce type ne comprennent en général pas comment la richesse se crée et les moyens qu'il faudrait mettre en oeuvre pour le faire.

[*Text*]

Nations that have to use knowledge to create wealth have a totally different kind of social structure. You have to make a collective commitment to make it work.

What are the ramifications of this? Paying the people in the non-market consumption sector or the market consumption sector sums of money that are far greater than what the people in the wealth creating sector are given is not the way you run your society, because it steers all the talented people out of the wealth creating sector. If you look at your wage settlements and your income settlements in those consumption sectors of our society, market and non-market and health care, that is exactly what we are doing. We are not steering our system in the direction of real wealth creation. We are expecting the wealth to be there, to distribute it.

The first thing all of us have to understand is what innovation means and what wealth creation means and be prepared to give that a high priority in our society.

The second thing is that you cannot produce high value-added products and compete in world markets unless you have a committed, dedicated, flexible labour force. If you read the MIT book on the automobile, you will find that it says the Japanese major corporations have formed a reciprocal obligation with their labour force, which means quality of job, quality of job control, and security of opportunity of employment, plus training. That is a very big step forward. It would mean that the nature of our society would give a higher value to that component of our labour force, or at least an equal value to that sector of our labour force, versus other sectors, and recognize that it has to be a high priority because it is the sector of your society involved in wealth creation for you.

We are a long way, as a society, from understanding the implications of that, to be quite blunt. The real risk we run is that these issues, which I think are fundamental, will get subsumed in trivial issues, and I would ask you when you are looking at health care to stay on the major issues and not get caught up on the trivial issues. Focus on that, and focus on keeping it contained in terms of expenditures. Look out for the fairness questions. Look out for false traps such as privatization. It is a false trap, I warn you, and if you put it through and get it, you will go down in history.

I will take you through all the American literature if you have not been through it. You should go through it very carefully and get some of those people to speak to, if they have not been spoken to about the problems.

• 2145

But we as a country really do have a very fundamental challenge, and it is not an easy task. It is easy for one to say it. But the reason I emphasized it tonight is that you people have to think about it because you are elected members of

[*Translation*]

Les nations qui doivent, grâce à certaines connaissances, créer la richesse, possèdent en général des structures sociales nettement différentes. La bonne marche d'une telle société exige que tous ses membres s'engagent dans une oeuvre commune.

Or, que déduire de cela? Si l'on consacre à la consommation, et cela est aussi vrai des catégories actives que des catégories inactives, l'octroi de sommes largement supérieures à ce qu'on distribue à ceux qui contribuent à créer la richesse ont nui à la bonne marche de la société dans la mesure où l'on a encouragé ceux qui ont du talent à délaisser les activités créatrices de richesse. C'est bien ce qu'on fait et il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à examiner les conventions salariales, les revenus dans les secteurs de la consommation, qu'il s'agisse des personnes actives ou inactives, ainsi que dans le domaine des soins médicaux. Notre société n'est pas orientée vers la création de richesse. Or, nous nous attendons à ce que la richesse soit là et que n'ayons qu'à la distribuer.

Il faut d'abord chercher à comprendre le rôle de l'innovation, les mécanismes de création de la richesse et accorder la priorité à ces deux secteurs d'activité.

La deuxième chose qu'il convient de se rappeler c'est que pour fabriquer des produits à haute valeur ajoutée et affronter la concurrence des marchés internationaux il faut pouvoir disposer d'une main-d'oeuvre disciplinée et fortement motivée. Lisez le livre publié par le MIT sur l'automobile. Vous y verrez que les grandes entreprises japonaises ont su forger, avec leurs ouvriers, une obligation réciproque qui lie ensemble la qualité d'exécution du travail, la sécurité de l'emploi et la formation. Or, cela est extrêmement important. Pour nous, cela voudrait dire accorder plus de reconnaissance à cette partie de notre population active afin, au minimum, de l'aligner sur les autres secteurs car c'est d'elle que dépend la création de richesse.

Or, notre pays, je vous le dis bien franchement, n'arrive pas à comprendre cela. Je crains que les problèmes de cet ordre, fondamentaux à mes yeux, ne soient noyés dans une foule d'autres considérations. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir, lorsque vous examinerez le domaine dees soins médicaux, vous en tenir aux grandes questions en évitant de vous perdre dans le dédale des problèmes secondaires. Concentrez-vous sur cela et veillez à contrôler le dérapage des dépenses. Méfiez-vous des appels à l'équité et méfiez-vous des faux-semblants de la privatisation. Je vous le dis, il s'agit d'un faux-semblant et l'histoire se souviendra de ceux qui s'y sont laissé prendre.

Si vous le voulez bien, je peux parcourir avec vous les ouvrages écrits par des Américains. Vous devriez les lire très attentivement et demander à certains de ces auteurs de venir vous en parler.

Tout cela pose à notre pays un grave défi; un défi qu'il ne sera pas facile de relever. Bon, cela est facile à dire, mais j'insiste sur ce point car vous êtes des représentants élus de la nation. Il devient de plus en plus difficile au Canada

[*Texte*]

the Government of Canada. At the present moment you exist in a country that is getting increasingly unable to sustain reasonable equity across the country economically. If you think you can keep the country of Canada together with that taking place, you are crazy. And that issue is a very fundamental issue.

I see that because I travel this country monthly from the east to the west, and I also talk to Canadians in all stages of life about what we have talked about tonight, and I can tell you there is a real anxiety. I am sure you know that. People would like the country's leadership to start to talk about some of the real issues we face. And you put your finger on one of them. But you need to think deeply about it and how it should be handled. From that you will be able to create the kind of society that can have a system of social justice that will keep the fabric of our country together.

I will be very frank with you, since you brought me here. I do not think you have more than five years to turn it around, if you have that.

Mr. Pagtakhan: My next question, Dr. Mustard, brings me to the question of accountability and of the many groups you envisage. You mentioned the consumers and, I suppose, the health care professionals. Who else will be involved? Governments and other institutions? And what so far has been happening along that line of developing accountability to the system?

Dr. Mustard: Obviously the governments and the professional groups have a major responsibility here. It is governments that pass the legislation that give professionals their position in society, and professionals have the skills. Ontario has been trying to make some steps in that direction. The new Quebec proposals make steps in that direction. It can be done. Consumers should be involved with it for a variety of reasons.

Mr. Pagtakhan: Dr. Mustard, I was glad to hear that philosophically you would not allow privatization and user fees, that it is not addressing the issue and is likely the wrong approach.

But let me go to the issue of child poverty, which we debated today in the House of Commons. Of course, I was reading some literature this weekend, including the media, and I was intrigued by the article in *The Toronto Star*, which I am sure you must have read, which in a sense alluded to some of your works. The thing that struck me was the concept of a child development centre, which I think you mentioned in passing this evening, which of course I used in my debate. As a pediatrician, I could not be any more biased than that. Could you explain more about that? How viable is it as a program, and how do you see it in the context of a child care program?

[*Traduction*]

d'assurer à sa population une prospérité raisonnable. Dans de telles conditions, il va être très difficile de maintenir l'unité du pays et c'est pour cela que j'insiste sur la gravité du problème.

J'ai eu l'occasion de le constater moi-même étant donné que, chaque mois, je traverse le pays et j'ai ainsi l'occasion de m'entretenir avec des Canadiens de toutes catégories de la situation que nous avons évoquée ici. J'ai été à même de constater l'inquiétude profonde des Canadiens. Vous ne l'ignorez sans doute d'ailleurs pas. La population voudrait que les instances gouvernantes cessent d'occulter les problèmes auxquels nous devons faire face. Vous avez correctement situé l'un de ces problèmes mais il va maintenant falloir y réfléchir et rechercher les moyens de le résoudre. C'est de ce genre d'efforts que naîtra cette société plus juste qui, seule, permettra de maintenir l'unité du pays.

Vous m'avez convoqué et ce simple fait me permet d'être franc. Je ne pense que vous disposiez de plus de cinq ans pour trouver un remède.

M. Pagtakhan: Maintenant, monsieur Mustard, je voudrais évoquer le principe d'imputabilité et la multiplicité des groupes que vous avez mentionnés. Vous avez parlé des consommateurs et des professionnels de la santé. Quels sont les autres groupes en cause? Les organismes gouvernementaux, les institutions? Quelles sont les mesures adoptées jusqu'ici pour accroître le degré d'imputabilité au sein de notre système?

Dr Mustard: Il est clair que les gouvernements et les associations professionnelles ont à cet égard un rôle important à jouer. Ce sont les gouvernements qui adoptent les lois et les règlements qui régissent l'exercice des diverses professions alors que ce sont les professionnels qui ont les connaissances et les aptitudes nécessaires. L'Ontario tente, depuis un certain temps, de prendre les mesures qui s'imposent et le Québec vient également de prendre quelques mesures dans ce sens. C'est dire que la tâche n'est pas impossible. Pour diverses raisons, les consommateurs devraient, eux aussi, participer à cet effort.

M. Pagtakhan: Monsieur Mustard, cela m'a fait plaisir de vous entendre manifester une opposition de principe à la privatisation et à l'instauration de frais d'utilisation. Selon vous, cela ne permettrait pas de résoudre le problème et l'approche elle-même semble aller dans le mauvais sens.

Permettez-moi maintenant d'aborder le problème de la pauvreté de l'enfance, question que nous avons examinée aujourd'hui à la Chambre. Pendant la fin de semaine dernière, j'ai pu lire certains ouvrages portant sur ce problème et certains articles de presse consacrés à la question. Un article du *Toronto Star* a piqué ma curiosité et peut-être l'avez-vous, vous aussi, eu sous les yeux. Il fait allusion à certains de vos ouvrages. Ce qui m'a le plus frappé, c'est l'idée d'un centre de développement de l'enfance. Je pense que vous avez fait allusion à cela ce soir et j'ai moi-même repris cette idée lors du débat. Il est vrai qu'en tant que pédiatre l'idée m'intéresse particulièrement. Pourriez-vous nous en dire un peu plus? Comment insérer cette idée dans un programme et quel pourrait être le rapport entre un centre tel que celui-là et les programmes de garde d'enfants?

[*Text*]

Dr. Mustard: This is obviously a horrendously complex problem in a modern society. But if you go to the basic rule that during child development, during the early years, the degree of sensory stimulation you receive is important. If you think a little bit about it, people who are born and brought up in small towns and farms may actually during those early periods have fairly optimum stimulation because they have parents and grandparents around, an assortment. Down in Newfoundland they tell me that there is a difference between people born in the outports and people born in the big towns—the "bayees" and the "townees". The "bayees" think they have better skills. In a sense they may have them, because as a child developing in an outport the degree of stimulation from the structure of that community may be quite high. I am not talking about education; I am talking about this other phenomenon.

If that is the case, then you are going to have a large number of single parents in our society, mostly women, who will have relatively low incomes in our system, the way it is set up. If they come into work, what is our responsibility to help them have some kind of structure that provides a high-quality environment for the child they have? Obviously you cannot solve that in a free market system. It never has been. So it means there has to be some sense of social responsibility to that.

How that should be structured, whether it should be government, the community, the employer, is an interesting question. If you talk, as I have, to employers about this problem, one in four will have absolutely no problem with it and will see as a real obligation they have to the future of the society to make that kind of investment, to provide that kind of service to the staff that work for them. Others will be totally free-market and say, the devil take the hindmost.

• 2150

Well, that is not very constructive to society. You are adding burdens into the society. Obviously governments have to have some concern about the policy structures that govern how these sorts of things develop in society.

I guess my thesis would be that it is much better that it be community based, community controlled, and user controlled and driven than some large bureaucratic point of strategy. Governments have to make absolutely certain that the quality of that function is really done to a very high standard. Do not ask me to design it; just think through it very carefully.

Mr. Pagtakhan: Thank you, Dr. Mustard, for that. This is a political question obviously; nevertheless, ensuring the needs of government work in science and technology and health care... You began to touch on it in terms of social support for the single parent, particularly women.

[*Translation*]

Dr Mustard: Il est clair que ce problème a atteint un degré de complexité extrême. Partons d'une règle de base selon laquelle au cours des premières années de la vie d'un enfant, la stimulation sensorielle joue un rôle fondamental. Ainsi, les personnes qui sont nées et élevées dans des petites villes ou à la ferme, bénéficient en général, lors de leur tendre enfance, d'une situation privilégiée à cet égard étant donné la présence, par exemple, de grands-parents, de proches voisins, enfin de tout un réseau de relations. À Terre-Neuve on me dit qu'il existe une réelle différence entre les personnes qui sont nées dans les petites localités de la côte et les personnes nées dans les villes, les ruraux et les citadins. Les ruraux estiment avoir de meilleures aptitudes. Il est possible qu'il en soit effectivement ainsi étant donné que dans les petites localités de la côte les jeunes enfants reçoivent peut-être plus d'attention, plus de stimulation de la part des autres habitants. C'est la structure de la communauté qui veut cela. Je ne parle pas ici de scolarité mais de cet autre aspect d'éducation des enfants.

Étant donné la manière dont est organisée notre société, elle comporte un grand nombre de familles monoparentales à revenu assez bas. Le chef de famille est souvent la femme et, dans la mesure où celle-ci occupe un emploi, nous devrions, en tant que société, prévoir des structures permettant d'assurer aux enfants un milieu favorable à leur épanouissement. Il est clair qu'on ne peut pas s'en remettre pour cela au mécanisme du marché. Il faut donc bien faire jouer la responsabilité de la société toute entière.

Mais de quel genre de structure s'agit-il? Doit-on confier cette tâche au gouvernement, à la communauté, à l'employeur? J'ai évoqué ce problème avec des employeurs et un sur quatre n'y voit aucun inconvénient et estime, au contraire qu'il a une sorte de responsabilité morale de veiller à l'avenir de la société et de mettre à la disposition de son personnel les installations nécessaires. Les autres seront des fanatiques de la privatisation et diront: Chacun pour soi et Dieu pour tous.

Eh bien, ce n'est pas là une attitude très constructive. Au contraire, cela ne fait qu'aggraver les problèmes de la société. Les gouvernements doivent donc se pencher sur les structures susceptibles d'infléchir ce genre de situations.

Pour ma part, il est préférable de confier ce genre de tâches à la communauté et aux utilisateurs plutôt qu'à un organisme central de planification. Les gouvernements doivent veiller à la qualité des soins prodigués aux enfants. Ne me demandez pas d'en fixer toutes les modalités; il s'agit de réfléchir très attentivement à la question.

M. Pagtakhan: Merci, monsieur Mustard. La question, il est clair, appartient à la sphère politique mais nous devrons également faire appel aux sciences, à la technologie et, en particulier, aux sciences médicales... Vous avez souligné l'importance de l'aide que la société doit apporter aux familles monoparentales et, plus particulièrement, aux femmes.

[*Texte*]

In preparing for today's debate, I was reading that poverty mirrors unemployment; therefore, a full employment policy ought to be a government policy. Can you comment on that as an instrument of national development?

Dr. Mustard: Full employment policy is a difficult one. Basically, there are societies with relatively low levels of unemployment. You have to be very careful about how these figures are developed. Societies that are innovation-driven and that create wealth generally have policies of labour market adjustment that minimize the disruption to the labour force. There are a variety of reasons for this.

First of all, if you are competing against other people you want to maintain the integrity of the high-quality labour force to sustain your own productive capacities. How you handle that in terms of adjustments and production, however, is a very tricky question. How you handle it in terms of wage settlements is a tricky question.

Generally, countries with low levels of unemployment tend to have systems in which the work force is part of the partnership in the productive capacity. Their eventual payment each year depends upon the overall productivity of the firm. The incentive structure stays there. You do not bargain to get a share of the wealth allocated to you; your return is based on the overall performance.

In return, the firm guarantees security of job opportunity—not jobs, but job opportunity, training, retraining, that kind of system. That may be an impossible kind of strategy to get in our culture, but if you look at most of the innovation-driven businesses, such as Xerox and IBM in the U.S., they work very hard to have a reciprocal obligation to their labour force, trying to keep those kinds of systems going.

If we can move to a more and more innovation-driven economy, you will find that your unemployment figures will change substantially. You will be evolving a new kind of labour market system for the future. Innovation-driven systems have to have that. If you try to solve it as long as we are a resource-based adversarial system, you cannot really do it. We have just a totally different kind of way of operating a society.

Mr. Pagtakhan: In that situation, when there are upheavals and obvious peaks of unemployment—and of course we have the poor in society—what program shall we institute as a government?

Along that line, has your institute done studies to ascertain the cost for our current health care system attending to health problems as a consequence of poverty, problems as a consequence of poverty via the criminal justice costs, and also the lost productivity as a consequence of poverty?

[*Traduction*]

Alors que je me préparais pour nos délibérations, j'ai lu quelque part que la pauvreté va de pair avec le chômage et que les gouvernements devraient donc adopter des politiques de plein emploi. Est-ce, d'après-vous, le moyen d'assurer un meilleur développement du pays?

Dr Mustard: Il est en fait difficile d'adopter une politique de plein emploi. Certaines sociétés ont un taux de chômage relativement faible. Cela dit, il faut faire preuve d'une grande prudence dans l'établissement des chiffres. Les économies fondées sur l'innovation, les sociétés qui créent la richesse adoptent généralement des politiques de gestion du marché de la main-d'oeuvre qui permettent de minimiser les aléas du travail. Il y a pour cela plusieurs raisons.

En premier lieu, il faut, pour affronter la concurrence, préserver l'intégrité de la population active afin d'assurer la sauvegarde des capacités de production. Il n'est cependant pas facile de moduler l'emploi et la production, comme il n'est pas facile d'ajuster la grille des salaires.

En général, dans les pays où le chômage est peu élevé, il existe entre la population active et les employeurs une sorte de partenariat qui intéresse les travailleurs à la productivité. C'est ainsi que leurs salaires vont varier en fonction de la productivité de l'entreprise. C'est essentiellement de l'incitation. Il n'y a pas à négocier pour obtenir pour chacun sa part de richesse; la part varie en fonction du rendement général.

En contrepartie, la compagnie garantit l'accès aux emplois. Elle ne garantit pas la sécurité dans un emploi donné mais bien l'accès au travail en mettant à la disposition des travailleurs des moyens de formation et de recyclage. Ce genre de politique ne compte peut-être pas à notre culture, mais si vous examinez le cas des entreprises qui comptent le plus sur l'innovation, les entreprises telles que Xerox ou IBM aux Etats-Unis, vous constaterez qu'elles font tout pour créer chez leur personnel ce sens d'une obligation réciproque.

Si nous parvenions à favoriser, chez nous, le développement d'une économie fondée plus étroitement sur l'innovation, on constaterait un changement important au niveau du chômage. Il s'agirait de développer, pour l'avenir, une main-d'oeuvre d'un genre nouveau. Les systèmes économiques fondés sur l'innovation ne peuvent agir autrement. Je précise, cependant, qu'il n'est pas possible d'aboutir à pareil système si l'on demeure une économie fondée sur l'exploitation des ressources naturelles et où s'affrontent employeurs et employés. Il nous faudrait passer à un mode de fonctionnement social radicalement différent.

M. Pagtakhan: En pareille situation, compte tenu du chômage, des perturbations économiques et de la pauvreté, quelles sont les mesures que le gouvernement devrait prendre?

L'institut dont vous êtes membre a-t-il cherché à étudier le coût des dépenses de santé dûs à la pauvreté, les coûts de la criminalité liés à la pauvreté et le coût des pertes de productivité dues, elles aussi, à la pauvreté?

[*Text*]

Dr. Mustard: No, but those are tough challenges. You need to create databases to do that. You can get some degree of the association and make some crude assessments of it, but nobody has the same kind of data set as the U.K. civil service, which really lets you get at that kind of thing.

If you would volunteer the federal civil service, we would take that on as a first-base study to look at, and maybe the members of the House as well—which would be an interesting perspective—as to what really takes place. These complicated population-based studies can indeed be done.

The Manitoba system we are developing might be able to give you answers to some of those questions in due course. It takes time to be able to do that.

• 2155

I will say only one thing. We do know that if you do not put unemployed people into retraining and a security-of-job-opportunity kind of structure—you may find that it will be two to three years before people get jobs. The effects on the health status of those people are less adverse than they would be if you simply dumped people out onto the street. As an update of that, you could make some calculations about it in your system. I believe the current attempts to move the unemployment insurance system in the direction in which we are going do indeed move things in that way of doing things.

Your question is a nice one, but it will be several years before you will have information for it.

Mr. Pagtakhan: Intuitively, we always think it would make sense; however, as you said, there are no data. I am very keen on seeing the data.

Thank you so much, Dr. Mustard, and your group.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Votre champ d'action est tellement vaste qu'on pourrait vous poser beaucoup, beaucoup de questions. Par exemple, en tant que Québécoise, j'aurais aimé savoir comment la présentation que vous avez faite devant la commission parlementaire du Québec a influencé le ministre de la Santé du Québec dans son plan de réforme, mais je ne vous demanderai pas de répondre à cette question. Je le ferai peut-être à un autre moment.

Vous dites que notre pays n'arrive pas à créer suffisamment de richesse. Ne croyez-vous pas que, si nous nous appliquons à réduire notre déficit, nous aurons plus d'argent à consacrer aux programmes sociaux? Vous savez que l'intérêt de la dette représente une grosse dépense.

Vous attachez beaucoup d'importance à la qualité de la vie et de l'environnement. Vous n'avez pas donné de statistiques sur la différence entre les familles et les enfants qui vivent en milieu rural et ceux qui vivent en milieu urbain. Vous avez abordé un peu cette question tout à l'heure, en répondant au docteur Pagtakhan.

Vous dites qu'il est très important de miser sur les enfants, sur l'apprentissage de l'enfant, sur les relations mère-enfant. Vous n'avez pas parlé des relations parent-enfant ou père-enfant, mais seulement des relations mère-

[*Translation*]

Dr Mustard: Non, il s'agit là d'études extrêmement difficiles à mener. Il faudrait, avant cela, créer des bases de données spécialisées. Il est possible, bien sûr, d'évaluer l'étendue du problème mais à part la fonction publique britannique, personne ne possède les données nécessaires pour analyser correctement ce genre de situation.

Si vous pouviez nous prêter la fonction publique fédérale, en ajoutant, peut-être, les députés—je pense que cela ajouterait un angle intéressant à notre étude—nous pourrions analyser les fondements de la situation. Il est effectivement possible d'effectuer ce genre d'étude complexe à partir de la population ou de certains secteurs de celle-ci.

Le système que nous sommes en train de mettre en place au Manitoba permettra peut-être un jour de répondre à certaines de ces questions. Mais cela va prendre du temps.

Permettez-moi de préciser. Nous sommes en mesure de dire que sans formation et sans accès prioritaire aux nouveaux emplois, un chômeur peut avoir à attendre deux ou trois ans avant de retrouver du travail. Cela semble affecter moins sa santé que si on le mettait simplement à la rue. Il est possible d'effectuer certains calculs pour évaluer l'efficacité du système actuel. Les efforts en vue d'orienter l'assurance-chômage dans ce sens permettront peut-être d'infléchir certains comportements dans le monde du travail.

Votre question est intéressante, mais il nous faudra plusieurs années pour pouvoir y répondre.

M. Pagtakhan: On pense que cela devrait être possible, mais vous nous dites que nous ne possédons pas les données nécessaires; J'aimerais beaucoup avoir accès à ce genre de données.

Monsieur Mustard, je tiens à vous remercier, vous et les personnes qui vous accompagnent.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): The scope of your analises is so broad that we would like to ask you many more questions. As a Quebecker, I would like to know what influence the presentation you made before the Parliamentary Committee in Quebec had on that province's Minister of Health and on the reform measures he intends to implement. But you don't have to answer that question. Perhaps I will ask you again at some other time.

You say that our country is not able to create wealth. Don't you think that if we try to reduce our deficit now, we will not have enough money to fund our social programs? You know full well that the interest on the debt is a major expenditure.

You stressed the importance of the standard of living and the environment. You quoted no statistics concerning the difference between families and children who live in rural areas and those who live in cities. You alluded to this a little earlier in reply to a question asked by Dr. Pagtakhan.

You say that we have to stake our future on our children, on child development and on the mother-child relationship. You did not talk about the parent-child relationship or the father-child relationship but only of the

[*Texte*]

enfant. Voyez-vous des inconvénients à ce que les enfants aillent beaucoup en garderie, comme c'est maintenant le cas dans notre nouvelle société? Certains partis voudraient que tous les enfants du pays soient en garderie. Quant à nous, nous croyons qu'on devrait laisser le choix aux parents.

La semaine dernière, l'organisme *Kids First*, qui prône la présence de la mère au foyer, nous a dit que des médecins et des spécialistes avaient écrit des ouvrages contre les garderies. Quelle est votre opinion à ce sujet?

Dr. Mustard: You have asked a number of questions. My colleagues from Quebec could tell you a great deal about the meeting with the parliamentary commission. If you have not talked to Marc Renaud at the University of Montreal, you might have him talk a little bit about their presentation and the nature of the discussion. They have had articles and editorials in *Le Devoir* about their presentation. Those are available, if you are interested in them.

The whole of the environment question, in terms of rural versus urban versus outports, is an extremely interesting question. Unfortunately, the linkage between early childhood and risks in an adult is very, very new conceptually; therefore, there really is no substantial data base to try to answer that very important question. Hopefully, these concepts will lead to people trying to do that. If you think about it in terms of amassing the data and the information, it is very, very difficult to do. I am not aware of any studies of children over long periods of time in Canada.

• 2200

The three studies we know about are all in the U.K. These identify groups of kids, born in 1946 to 1957, who have been followed through. You can get some information from them, but I do not think they were structured to look at "urban versus rural". A good system of social statistics in a country could lay a base for answering questions in the future.

Indeed, I would think parenting is both a male and a female responsibility. The question should be looked at in terms of adequate parenting, whether the single parent is a male or a female or whether there are two parents, male and female. In other words, you have to think about that early stimulation question in the quality of the parenting. Of course this can also include the grandparents, as I am sure you are well aware. Indeed, one of the things you might be able to do is have the older generation in the communities take an active part in child development centres to provide that kind of input into the system. There are all kinds of creative ways in which communities can get at that question.

When you look at this, however, you have to look at the physical environment in which people live. I am not certain highrise apartments are places where you can build lots of human interaction for children. You may have to think of the

[*Traduction*]

relationship between mother and child. Do you see any disadvantage in a major shift toward child care with so many children today being brought up that way? Some parties would like to see all Canadian children in child care. We, however, believe that it is up to the parents to decide.

Last week, Kids First, an association that encourages mothers to stay at home, told us that doctors and other child specialists have written books against child care. What can you tell us in that regard?

Dr Mustard: Vous me posez là plusieurs questions en même temps. Mes collègues québécois pourraient vous en dire beaucoup sur ce qui s'est passé devant le Comité parlementaire. Peut-être devriez-vous demander à Marc Renaud de l'Université de Montréal de vous parler un peu de l'exposé qu'il a présenté et de la manière dont la discussion s'est déroulée. Le journal *Le Devoir* a écrit plusieurs articles et éditoriaux à ce sujet. Peut-être pourriez-vous vous les procurer.

L'importance de l'environnement et la distinction que certains font entre les personnes élevées en milieu urbain et les personnes élevées dans de petites localités côtières soulèvent des questions d'un grand intérêt. Malheureusement, le lien entre la tendre enfance et les risques auxquels est exposé l'adulte que l'enfant va devenir est basé sur des travaux tout à fait récents et c'est pourquoi nous ne possédons pas encore les données qui permettraient de répondre à ces questions. J'espère que les idées qui sont formulées dans ce domaine incitera les chercheurs à multiplier les travaux. Il est certain que les données nécessaires sont extrêmement difficiles à recueillir. Je ne pourrais pas vous citer une seule étude à long terme sur l'enfance au Canada.

Les trois études dont nous avons connaissance ont toutes été menées en Grande-Bretagne. Ces études portaient sur des enfants nés entre 1946 et 1957 qui ont été suivis sur un certain nombre d'années. Ces études nous ont appris certaines choses mais je ne pense pas que leur structure permette d'effectuer une comparaison entre les «urbains» et les «ruraux». Pour pouvoir, à l'avenir, répondre à ce genre de questions, il faudrait créer, dans chaque pays, un système de statistiques sociales.

Je pense effectivement que la tâche d'élever les enfants appartient aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Ce qui est important c'est que les enfants reçoivent tous les soins nécessaires, que ceux-ci leur soient donnés par un parent unique, le père ou la mère, ou par les deux parents agissant en commun. Autrement dit, il ne faut jamais perdre de vue qu'il importe d'accorder à l'enfant en bas âge des stimulations suffisantes. Je tiens à préciser que je n'exclus pas du tout l'action des grands-parents. On pourrait même prévoir que dans chaque communauté, les personnes en âge pourraient participer plus largement à l'action des centres de développement de l'enfant. Plusieurs solutions peuvent être envisagées par les communautés pour améliorer la situation.

Cela dit, il faut réellement tenir compte du milieu physique. Les grands ensembles résidentiels ne se prêtent peut-être pas très bien au renforcement des interactions humaines nécessaires aux enfants. Il faudrait peut-être

[*Text*]

physical structure as having a different kind of dynamic. I go back to that Hawaiian study where the children formed substitute parents and grandparents in their community. It was not a highrise community; it was indeed a community of villages where the people could interact.

I do not think day care should be a forced function. I think the parenting function is obviously the responsibility of the parents, within whatever laws society has concerning child abuse, etc. I think, however, that day care should be considered in the context of a child development centre. The idea of day care as babysitting is fundamentally wrong, and indeed I think one needs to shift that out. Therefore a government in its regulatory function should take this into account in setting standards to ensure society does this, and to make certain people are adequately trained for these functions.

One may have to look at those economic distortions in society that might lead to making those tasks unattractive, because you may pay more for other things. This is where the free market system gets into a certain amount of difficulty. I would strongly urge that those centres be set up, driven and controlled by the community, and that there is a great deal of user participation, however they are structured.

You raised one extremely important point. The message I am trying to leave with you tonight is that you and I live in an economy that, relative to the rest of the world, has been less and less able to create the wealth necessary to run the society. That, I think, everybody in Canada has to accept.

The slide we are now on is a steep slope; it is not a shallow slope. If you cut your expenditures, you may indeed balance the budget, but you are simply going to erode things that are part of the fabric of your society. The political implications of that I think everybody in this room can understand. But there is no doubt that you have to get rid of your deficit, and there are only two real ways to do it. One is to learn how to create wealth, so you will have the money to run your society; or secondly, cut your expenditures.

The problem with the "cut your expenditures" solution is that if you are not selective you will undercut the very capacity you need to maintain your society and to create wealth. I see no evidence at the present moment that the governments of Canada have learned how to be selective in those cuts. It is not just the federal government; it includes the provincial governments.

It is a very difficult task for us. I am not sure if you even accept what I am saying to you, but I certainly see it, and I see it as a very serious, serious problem. Indeed this is the message NABST gave to the Prime Minister last week. I just register with you that you face the same thing. The issue for you is how to maintain reasonable equity of health care with declining resources. I do not have an easy solution to that. Make your advice judicious, and make certain you have some priorities in what you think is important.

[*Translation*]

prévoir un genre de construction plus dynamique. Je pense, à cet égard, à l'étude portant sur certains villages à Hawaï où les enfants eux-mêmes remplaçaient parfois les parents ou les grands-parents absents. Mais cela ne se passait pas dans de grandes agglomérations mais dans un groupe de villages où des habitants pouvaient s'entraider.

Je ne pense pas du tout qu'il faille contraindre les gens à recourir aux garderies. Il est bien évident que les parents sont les principaux responsables de l'éducation de leurs enfants, sous réserve des lois réprimant les mauvais traitements. Cela dit, je pense qu'il faut examiner la question des garderies dans le contexte des centres de développement de l'enfant. Les garderies ne sont pas simplement là pour surveiller les enfants mais ont une mission beaucoup plus positive. Les gouvernements devront tenir compte de cela lors de l'établissement des normes applicables afin d'encourager la société à aller dans ce sens, afin d'assurer que les personnes chargées de ces diverses tâches ont pu bénéficier d'une formation suffisante.

Il faudra également se pencher sur distorsions économiques, susceptibles d'écarter les bonnes volontés et de décourager les vocations car les sommes qu'on économise d'un côté risquent de nous coûter fort cher de l'autre. C'est là que le libéralisme économique intégral soulève parfois un certain nombre de problèmes. Je suis tout à fait favorable à la création de centres de ce genre, dont le fonctionnement serait assuré par la communauté elle-même, par l'ensemble des utilisateurs. Cela étant, peu importe, en définitive, le mode d'organisation retenu.

Vous avez évoqué une question d'importance capitale. Je cherche à vous convaincre que nous vivons ici au sein d'une économie qui, comparée au reste du monde, semble de moins en moins capable de créer la richesse nécessaire à son propre fonctionnement. Je pense que tous les Canadiens doivent se rendre à cette évidence.

Nous sommes actuellement sur une pente à la fois raide et longue. Si vous réduisez les dépenses, vous parviendrez peut-être à équilibrer le budget, mais ce sera au risque de saper les fondements mêmes de notre société. Je pense que nous comprenons tous le risque politique que cela comporte. Il est effectivement nécessaire de réduire le déficit et pour cela il n'y a que deux façons de procéder. La première est d'apprendre à créer la richesse nécessaire au fonctionnement de notre société; la deuxième est de réduire les dépenses.

La réduction des dépenses ne va pas sans problème car on risque de ruiner en même temps les sources de la richesse. Rien ne me permet encore de penser que les gouvernements du Canada ont appris comment procéder à bon escient. Cela est vrai non seulement du gouvernement fédéral mais également des gouvernements provinciaux.

La tâche est très ardue; je ne suis pas sûr de vous en avoir persuadé mais j'estime, pour ma part, que la situation est grave. C'est l'essentiel du message transmis la semaine dernière au Premier ministre par le CCNST. Sachez donc que ce message s'adresse à vous aussi. Le problème qui se pose à vous est comment assurer le maintien de l'égalité des soins médicaux étant donné l'amenuisement des ressources budgétaires. Je ne vois aucun moyen simple d'y parvenir. Soyez de bon conseil et gardez à l'esprit les éléments qui vous paraissent prioritaires.

[*Texte*]

I tried to argue with you tonight that the investment in children is an important matter, which I do not think is getting enough attention in the health care debate. Over-expenditure on older people is not a wise investment in funds under the present circumstances.

• 2205

The Chairman: Is there anything that anybody wishes? I assume you wish me to adjourn the meeting before the next set of witnesses comes in.

Mr. Cole: Could we ask Dr. Mustard for some copies of his slides?

The Chairman: Dr. Mustard, do you have that available?

If I may, Dr. Mustard, may I extend to you on behalf of the committee our sincere thanks and appreciation for your appearance here this evening. I know it was difficult scheduling your appearance before the committee, and I do apologize that we were somewhat late in getting started. The other regret obviously is that we did not have more time. One of the problems we have had throughout the hearings is that we do not have the time we wish to pursue with witnesses who appear before us.

With that, I sincerely thank you. There may be some additional information as we our doing our report that we wish to follow up. If you do not mind, we may have calls from various members of the committee.

There is a meeting at 9.15 a.m. tomorrow. This meeting is adjourned.

[*Traduction*]

J'ai dit ce soir qu'il faut miser sur les enfants et je ne pense pas qu'on tienne suffisamment compte d'eux lorsqu'on examine nos dépenses de santé. Dans l'état actuel des choses, je ne pense pas qu'il soit sage de consacrer trop de fonds aux personnes âgées.

Le président: Quelqu'un avait-il autre chose à proposer? Vous voudriez sans doute que je lève la séance avant l'arrivée de nos témoins suivants.

M. Cole: Pourrions-nous demander au D[r] Mustard de nous faire des copies de certaines de ses diapositives?

Le président: Monsieur Mustard, serait-ce possible?

Monsieur Mustard, au nom du comité, je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir comparu pour présenter votre témoignage. Je sais qu'il ne vous a pas été facile de trouver le temps de comparaître ici et je vous prie de nous excuser d'avoir commencé la séance en retard. Je regrette également de pas avoir pu disposer de plus de temps. C'est un fait que nous ne sommes pas toujours en mesure de consacrer à certains témoins tout le temps qu'il faudrait.

Cela dit, je vous présente nos sincères remerciements. Lors de la préparation de notre rapport, nous aurons peut-être à obtenir certaines précisions sur tel ou tel point. Si cela ne vous dérange pas, certains membres du comité voudront sans doute vous consulter.

Nous reprenons nos travaux à 9h15 demain matin. La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid Port payé
Lettermail Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESS

As individual:

Dr. Fraser Mustard, President, Canadian Institute for Advanced Research.

TÉMOIN

À titre personnel:

Dr Fraser Mustard, président, Institut canadien de recherches avancées.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publications

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 49

Tuesday, December 11, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 49

Le mardi 11 décembre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

LIBRARY
JAN 4 1991
University of Toronto

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990

35414—1

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman: Nicole Roy–Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN–ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–présidente: Nicole Roy–Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from the Canadian Government Publishing Center, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, DECEMBER 11, 1990
(59)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:22 o'clock a.m. this day, in Room 269 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Acting Members present: Jim Karpoff for Joy Langan, Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: *From Partners in Research*: Dr. Bessie Borwein, Associate Dean (Research), University of Western Ontario; Dr. Mark Bisby, Researcher, Department of Physiology, Queen's University; Ronald G. Calhoun, Executive Director.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Bessie Borwein, Dr. Mark Bisby and Ronald G. Calhoun each made a statement and answered questions.

At 11:01 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 11 DÉCEMBRE 1990
(59)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 22, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Joy Langan; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: *De «Partners in Research»*: Bessie Borwein, doyen adjoint (Recherche), Université de Western Ontario; Mark Bisby, chercheur, Département de physiologie, Université Queen's; Ronald G. Calhoun, directeur administratif.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude du fonctionnement et du mode de financement du régime des soins de santé au Canada.

Bessie Borwein, Mark Bisby et Ronald G. Calhoun font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 11 h 01, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Tuesday, December 11, 1990

• 0923

The Chairman: May I call the meeting to order, please. We have a quorum. Pursuant to Standing Order 108.(2), the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we have the pleasure to welcome Mr. Ronald Calhoun to our committee.

As you are aware, we have been undertaking a study of Canada's health care system and its funding since some time last spring; I think it was around February we started. We have been hearing a broad cross-section of witnesses since that time, and we look forward to adding your testimony to the evidence we have presented to this date.

With that, we welcome you and thank you for appearing before us. Your presentation will be followed by comments and questions from the members.

Mr. Ronald G. Calhoun (Executive Director, Partners in Research): Thank you, Mr. Porter. We are pleased to be here.

I have a question at the beginning. With respect to the terms of reference for this standing committee, when will the committee deliberations terminate?

The Chairman: We are hoping to conclude the hearings from witnesses by the third week in January. It will then depend on how long it takes this committee to put together the report, but we hope it will be shortly following that period in which we have compiled what we hope will be the final grouping of witnesses for January 22 and 23.

Mr. Calhoun: Thank you.

Our reason for appearing before your committee this morning is to sensitize the committee, and through you hopefully a broader base of Canadians, about the growing threat posed to the research and scientific community by the animal rights movement in Canada. Canada is not in isolation, so some of the things you are going to hear in this presentation this morning reflect what is going on in the world community. In fact, what is going on in Canada is probably, in the chain of events, two or three years behind what has happened in other parts of the world.

• 0925

The ultimate result is that the actions by the animal rights community are driving up the cost of the health care delivery system around the world. Not only that, they are having a very negative effect in career choices of young Canadians. They are seeing science as perhaps as a rather volatile route to choose—there might be a better way to go.

I would like to set the stage. I am going to call on Dr. Mark Bisby, then Dr. Borwein, and I will conclude with our presentation. I think the real action of this committee will take place in the question period that follows.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le mardi 11 décembre 1990

Le président: Je déclare la séance ouverte. Nous avons le quorum. En vertu du paragraphe 108.(2) du Règlement, le comité continue son étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous accueillons ce matin M. Ronald Calhoun.

Comme vous le savez, nous avons entrepris au printemps dernier un examen du régime de soins de santé au Canada et de son financement. Je pense que nous avons commencé en février. Nous avons reçu un grand éventail de témoins depuis et nous espérons pouvoir ajouter votre témoignage à ceux que nous avons entendus jusqu'ici.

Encore une fois, bienvenue, et merci de comparaître devant nous. Votre exposé sera suivi des commentaires et des questions des membres du comité.

M. Ronald G. Calhoun (directeur administratif, «Partners in Research»): Merci, monsieur Porter. Nous sommes contents d'être ici.

Je vais commencer par une question. Étant donné le mandat de votre comité permanent, quand devez-vous mettre fin à vos délibérations?

Le président: Nous espérons terminer nos audiences d'ici la troisième semaine de janvier. Ensuite, tout dépendra du temps qui sera nécessaire pour rédiger le rapport. Nous espérons que ce sera peu de temps après que nous aurons fini d'entendre les témoignages, dont les derniers sont prévus pour les 22 et 23 janvier.

M. Calhoun: Merci.

Par notre comparution, nous espérons sensibiliser le comité et, par votre intermédiaire, un grand nombre de Canadiens, à la menace croissante pour la recherche et les scientifiques du pays que pose le mouvement de défense des droits des animaux au Canada. Le cas du Canada n'est pas isolé. La situation dont nous vous parlerons ce matin correspond à ce qui se passe dans le reste du monde. D'ailleurs, pour ce qui est de l'évolution des événements, le Canada est peut-être deux ou trois ans en retard par rapport à d'autres pays du monde.

Les activités du mouvement de défense des droits des animaux causent une augmentation des coûts des régimes de soins de santé dans le monde entier. De plus, elles ont un effet très négatif sur l'orientation professionnelle des jeunes Canadiens. Ceux-ci considèrent maintenant peut-être les sciences comme une voie à éviter.

Pour mettre les choses dans leur contexte, je vais donner la parole d'abord au Dr Mark Bisby, puis au Dre Borwein avant de terminer moi-même notre exposé. J'imagine que c'est pendant la période des questions que nous dirons le plus important.

[*Texte*]

Dr. Mark Bisby (President, Canadian Federation of Biological Societies): I am a researcher and teacher at Queen's University in the physiology department. I use animals in my research, and I think it might be helpful in setting the tone for this morning's session if I described to you the procedures that I as a researcher, or any other researcher in a Canadian medical research setting, has to go through in order to gain approval to use animals in their work.

Let us suppose I have a new experimental idea I wish to try out, and after reviewing the literature and so on I determine those experiments are best done using living animals. The first step I have to take before I can even get any money to obtain the supplies and so on that I need to do the research is to submit my proposed research protocol to an institutional animal care committee. Each institution in Canada that performs animal research has one of these committees in place, and it is composed of a number of knowledgeable individuals. Some of these are scientists who use animals in their research. Some of them are scientists who do not. In addition there will be veterinarians and other qualified animal care personnel on the committee, as well as one or more individuals representing the lay community. In the case of the Queens University Animal Care Committee, fully 50% of those on the committee do not themselves use animals in research.

I have to provide these people with a very detailed justification of why I want to do the experiments, what benefits I expect to obtain from them, why I choose to use animals rather than any other approach, as well as the details of precisely what I am going to do, the numbers and species of animals I intend to use. This information is all reviewed by that committee and usually they have some questions. They will ask me some very pointed questions about the research and I may have to go and modify my protocols. They may even choose to reject what I propose to them in the event that they consider that the benefits do not outweigh the costs, the costs to the animals that is.

If that protocol is approved—and it is only approved for one year; it has to be approved on an annual basis—I can then go ahead and submit an application to one of the Canadian funding agencies, like the Medical Research Council, which will enable me to obtain the funds to do the research.

At the second level of review, which concentrates on the scientific merit of what I have proposed, the ethics of the animal experimentation involved is also a consideration. I sit on one of the Medical Research Council review panels and we occasionally come across issues of animal experimentation that we consider need to be referred back to the institutional animal care committee.

So there is this two-stage regulatory process before I can even begin the work. Once I have the money to do the work, the ordering of animals, the conditions in which they are housed, and the actual day-to-day usage of those animals by me or by my experimental staff are subject to scrutiny and are subject to the regulations of the Canadian Council on Animal Care. This is a second body, which I have not mentioned before, but it sets national standards for the acquisition,

[*Traduction*]

Dr Mark Bisby (président, Fédération canadienne des sociétés de biologie): Je suis chercheur et enseignant à l'université Queen's, au département de physiologie. J'utilise des animaux dans le cadre de mes recherches et je pense pouvoir contribuer à nos discussions de ce matin en vous décrivant la procédure que doivent suivre les chercheurs du domaine médical pour que soit autorisée l'utilisation d'animaux de laboratoire.

Imaginons que j'aie trouvé une nouvelle idée que je veux mettre en oeuvre. Après avoir étudié la documentation existante, j'ai conclu qu'il était préférable d'utiliser des animaux pour mes expériences. La première étape, avant même de chercher les fonds pour le matériel nécessaire à ma recherche, c'est de présenter le protocole de recherche que je préconise au comité de protection des animaux de l'établissement. Il y a un comité semblable dans chaque établissement canadien où l'on fait de la recherche en utilisant des animaux. Le comité est composé de personnes compétentes, notamment des scientifiques qui utilisent des animaux, d'autres qui n'en utilisent pas, des vétérinaires et d'autres personnes compétentes en matière de soins aux animaux, ainsi qu'une ou deux personnes représentant les milieux non scientifiques. Dans le cas du comité de protection des animaux de l'université Queen's, 50 p. 100 de ses membres n'utilisent pas d'animaux de laboratoire.

Il faut que j'expose au comité de façon très détaillée les raisons des expériences, les avantages que j'espère en tirer, les motifs pour l'utilisation d'animaux plutôt qu'une autre méthode, une marche à suivre détaillée ainsi que le nombre et les espèces d'animaux que je compte utiliser. Ces renseignements sont examinés par le comité et on me pose habituellement des questions. On m'interroge sur des points très précis de ma recherche, et il me faut parfois modifier mon protocole. Mon projet peut même être rejeté, si les membres du comité considèrent que les avantages possibles de ma recherche ne justifient pas leur coût, c'est-à-dire le coût pour les animaux.

Le protocole doit être approuvé annuellement. S'il est approuvé, je peux ensuite faire une demande auprès d'un organisme canadien de subventions, comme le Conseil de recherches médicales, afin d'obtenir l'argent dont j'ai besoin pour mes travaux.

À la deuxième étape de l'examen, qui porte plus précisément sur les mérites scientifiques du projet, on considérera également l'aspect moral de mes expériences avec des animaux. J'ai fait partie de l'un des comités d'examen du Conseil de recherches médicales, et il arrive que, dans le cas d'expériences sur les animaux, nous décidions de renvoyer le projet au comité de protection des animaux de l'établissement de recherche.

Avant même que je commence mon travail, il me faut passer par ces deux étapes règlementaires. Une fois que j'ai l'argent pour travailler, la commande des animaux, leur condition de vie et l'utilisation que mon personnel ou moi-même en faisons quotidiennement sont assujetties aux règlements du Conseil canadien de protection des animaux et peuvent faire l'objet d'un examen par cet oranisme. Il s'agit là d'un autre organisme dont je n'ai pas encore parlé. Il fixe

[*Text*]

housing, and care of experimental animals. The regulations of the Canadian Council on Animal Care are listed in a two-volume, 300-plus page book, which you will find on the shelves of every researcher in every Canadian university. It sets out in great detail the kinds of procedures that are permissible or not permissible or subject to various levels of control.

• 0930

This procedure gives Canada one of the highest standards of animal care in the world. It is called a "voluntary" process, but that term does not mean that in order to do research you only volunteer to be subject to this kind of scrutiny. The fact is that it is impossible to do any research in Canada involving animals without going through this two-step approval regulatory process.

The local animal care committee and the local director of the animal care facilities has the power to shut down any experiment at any time if in the opinion of the committee or in his own opinion it is being done in conflict with ethical principles.

The Canadian Council on Animal Care conducts regular as well as unannounced inspections of all animal facilities within Canada, and it also can recommend to the granting councils that funding be terminated for projects if animal care facilities or individual researchers are found to be in conflict with its guidelines.

That is a very brief description as to how the Canadian system works. If you want more details, we have pamphlets put out by the Canadian Council on Animal Care. They describe exactly how the process works, as well as the composition of that committee.

Dr. Bessie Borwein (Associate Dean, Western University): I would like to start with a quotation from a recent editorial in the magazine *Nature*, one of the premier scientific journals of the world:

> A nation's competitiveness is now determined not so much by the availability of natural resources as by its ability to generate and deploy new knowledge.

That is of course the whole basis of research. Research is the business of making, finding, developing, inventing, thinking out, experimenting with new knowledge. Canada has an enviable reputation. We have been a small country in numbers of people, yet the contributions towards major biomedical advances, bodies of knowledge, have been highly significant.

We have an amazing number of very prominent medical researchers. You may not know their names, but there are people like Adolpho DeBold, who has done some major research discovering new heart regulatory hormones. There have been people who have discovered the very first effective chemotherapeutic treatment for leukemia. I am talking of Dr. Nobel. There have been people like Lap Chi Choi, with the isolation of the cystic fibrosis gene. There has been Dr. Murray Barr, who discovered the Barr body, the sex chromotin. There is Dr. Best and Banting and Macleod and the discovery of insulin. So the reputation of Canadian biomedical research is very high. It is very respected and has achieved a great deal.

[*Translation*]

les normes nationales pour l'acquisition, l'installation et les soins des animaux de laboratoire. Les règlements du Conseil canadien de protection des animaux sont regroupés dans deux volumes de plus de 300 pages que vous trouverez dans les bureaux de tous les chercheurs universitaires au Canada. On y présente en détail les méthodes admises, celles qui sont interdites ou celles qui doivent faire l'objet de contrôles divers.

C'est ce qui fait que les normes régissant l'utilisation d'animaux au Canada sont parmi les plus strictes au monde. Bien qu'il s'agisse de normes facultatives, cela ne signifie pas pour autant que lorsqu'on fait de la recherche, on puisse se soustraire à ces inspections. De fait, il est impossible de faire de la recherche au Canada sur des animaux de laboratoire sans passer par cette règlementation en deux étapes.

En effet, les directeurs et les comités locaux de protection des animaux de laboratoire peuvent à tout moment obliger l'arrêt d'une expérience s'ils estiment qu'elle se déroule contrairement aux principes d'éthique.

Le Conseil canadien de protection des animaux effectue des inspections périodiques ainsi que des inspections non prévues dans tous les laboratoires utilisant des animaux et il peut recommander aux conseils accordant des subventions de mettre un terme à celles-ci lorsque les conditions d'utilisation d'animaux de laboratoire ne correspondent pas aux directives.

Voilà donc un rapide aperçu de la façon dont le système fonctionne au Canada. Pour plus de détails, nous avons apporté des brochures publiées par le Conseil canadien de protection des animaux. Vous y trouverez une explication détaillée sur la façon dont le système fonctionne ainsi que la liste des membres du Conseil.

Dre Bessie Borwein (doyen adjoint de l'université Western): Permettez-moi de commencer par citer un article de fond paru récemment dans la revue *Nature*, une des publications scientifiques les plus prestigieuses au monde:

> La compétitivité d'un pays dépend actuellement non pas de ses ressources naturelles mais plutôt de son aptitude à générer et à utiliser des connaissances nouvelles.

Ce principe est bien entendu à la base de tout travail de recherche qui vise justement à découvrir et à mettre en oeuvre des nouvelles connaissances. Le Canada est bien placé dans ce domaine. Bien que notre population soit peu nombreuse, notre contribution dans le domaine biomédical a été néanmoins des plus importantes.

Nous avons un nombre extraordinaire de chercheurs médicaux de réputation internationale, tel Adolpho DeBold, qui a découvert des nouvelles hormones cardiaques. Le D^{r} Nobel a mis au point un procédé de chimiothérapie permettant de guérir la leucémie. Le D^{r} Lap Chi Choi a isolé le germe de la mucoviscidose. Le D^{r} Murray Barr a découvert le corpuscule qui porte son nom, c'est-à-dire la chromotine sexuelle. Les D^{rs} Best, Banting et Macleod ont découvert l'insuline. La recherche biomédicale canadienne compte donc de nombreuses découvertes à son actif et est hautement réputée dans le monde entier.

[*Texte*]

It has added a great deal to the well-being not only of Canadians—medical knowledge becomes very quickly disseminated—but also to people. And it has added a great deal to our reputation and to our ability to function and to train new generations of physicians, researchers, scientists.

The atmosphere in the universities in the research enterprise is terribly important for how it attracts the young. This is one of the things I want to address in talking to you about the impact of the animal rights movement. To set the stage, I quote from a speech made recently by Congressman Stenholm in the House of Representatives of the United States in September 1989. He was proposing legislation designed to prevent, deter, and penalize crimes and illegal acts of terrorism against U.S. farmers, ranchers, food processors, and agricultural and biomedical researchers. He goes on to say:

> For most of the past decade, the Animal Rights Movement has not merely opposed animal research; it has tried to destroy it.

That is the scenario.

We also have material written both within the animal rights movement and outside it by people as eminent as Lord Adrian, head of the British Research Defence Society, fellow of the Royal Society. We have come to understand the step-by-step approach of the animal rights activists in trying to move their final agenda. Their final agenda is a kind of utopian construct of a world in which the lion will literally lie down with the lamb, in which people will not use animals in any way. It has an enormous underlying political agenda, not for every person who is in that movement but in general, of the construction of a society according to their own view, which is impatient of the democratic process and does not believe in the ballot box. They think these things are too slow and they have resorted to a whole series of mechanisms to bring on their agenda, and they are.

• 0935

One of the most serious things that is happening—it is terrible in Britain, bad in the United States, and it has begun here—is the harassment and intimidation of researchers and anybody associated with a research enterprise—and that could be a laboratory technician. Recently in the United States and Britain they have begun to go after suppliers of food and bedding to animal care facilities.

One of the most poignant stories is what has happened to Dr. Colin Blakemore, head of the Physiology Department at Oxford, one of the earliest and most prestigious physiology chairs in the world. He does research on vision—how the brain sees what the eye perceives.

We used to wait to operate on children born with congenital cataracts because we thought it was not a good thing to operate on a newborn child. In the course of his many years of research, Colin Blakemore has come to

[*Traduction*]

Tout le monde en a bénéficié car les connaissances médicales sont appliquées très rapidement. Cela nous a permis également d'assurer une meilleure formation aux nouvelles générations de médecins, de chercheurs et de scientifiques.

L'atmosphère qui règne dans les laboratoires de recherche universitaires est un des facteurs qui comptent le plus pour susciter de nouvelles vocations parmi les jeunes. Je voudrais vous en parler donc à propos du mouvement pour la défense des droits des animaux. Permettez-moi tout d'abord de citer un extrait d'un discours prononcé récemment par M. Stenholm à la Chambre des représentants des États-Unis en septembre 1989. Il proposait un projet de loi visant à prévenir, à décourager et à réprimer les délits et actes de terrorisme contre les agriculteurs, les éleveurs, l'industrie alimentaire et les personnes qui font de la recherche dans les domaines de l'agriculture et de la biomédecine. Voilà ce qu'il a dit:

> Depuis une dizaine d'années, le mouvement pour la défense des droits des animaux ne s'est pas contenté de s'opposer à la recherche sur les animaux, il a essayé de la détruire.

Voilà donc où en sont les choses.

Nous avons également apporté des documents rédigés par des partisans de ce mouvement ainsi que par d'autres personnalités, telles que Lord Adrian qui dirige la British Research Defence Society et est membre de la Royal Society. Cela nous a permis de nous faire une idée claire des objectifs que s'est fixés le mouvement pour la défense des droits des animaux. En fait, son objectif est un monde utopique dans lequel le lion couche à côté de l'agneau et dans lequel l'homme utiliserait plus du tout d'animaux pour ses propres fins. En outre ce mouvement voudrait obliger la société toute entière à se conformer à son point de vue, en passant outre s'il le faut au processus démocratique et à l'opinion de la majorité. À leur avis, la démocratie est trop lente et ils ont donc décidé de mettre en oeuvre d'autres méthodes plus expéditives.

En Grande-Bretagne, où les choses sont déjà allées loin, et aux États-Unis, où ils font également des ravages, et maintenant au Canada, ils cherchent à intimider et à harceler les chercheurs et tous ceux qui travaillent dans les laboratoires de recherche, y compris les techniciens de laboratoire. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ils se sont pris récemment aux fournisseurs de produits alimentaires et d'autres articles destinés aux animaux de laboratoire.

Je pourrais vous citer l'histoire tragique du D[r] Colin Blakemore, chef du Département de physiologie à Oxford, qui occupe une des chaires de physiologie les plus prestigieuses du monde. Le docteur Blackemore fait des travaux de recherche sur les mécanismes de la vision pour comprendre comment le cerveau enregistre ce que l'oeil voit.

Autrefois, on attendait avant d'opérer les enfants souffrant de cataracte congénitale car on pensait qu'il était dangereux d'opérer des nouveaux-nés. Mais grâce à ses années de recherche sur les chats, le docteur Blakemore a

[*Text*]

understand—by his work using cats, which is almost the standard model for vision research—that children born with congenital cataracts, which impede the passage of light to the retina. . .that those early months when visual stimuli are not reaching the brain are absolutely crucial because the brain then does not develop the proper nerve channels and those children end up with what is known as amblyopia, reduced vision of unknown cause, as it used to be called. We know now that we must correct that congential cataract right away so the proper stimuli can reach the brain. That is an enormous benefit to people.

That man has undergone five years of harassment that most people would not be able to endure. He himself has said that there have been times when he seriously thought of giving up his research because of the cost to his family and the fear for his children.

If we multiply those stories many times over, you will get some idea of what is happening. The harassment, the character assassination, the intimidation and the threat of intimidation are very real.

Dr. Abian Morrison of the University of Pennsylvania in Philadelphia, a prominent man, a veterinarian, researcher, had his labs and offices broken into and vandalized. Among the things they stole was his file of letters. The message that came out was that he had been targeted for speaking up for animal Nazis. They took his letters to see who he was in contact with. The Animal Liberation Front made it explicit that it was a warning for him to stop defending animal researchers. He had been prominent in doing so.

I could keep you here all day giving you the cascade of stories. In the last four years there have been 29 major break-ins at American universities and institutions. The cost in delayed research, intimidation, damage, lost records is enormous. It runs into the millions and millions of dollars.

In Canada every single medical school, I think almost without exception, and every hospital research institution, and others, like the Connaught Laboratories, have put in place elaborate security systems. Multiply the cost of that across Canada and you have an enormous drain on the public purse, an enormous drain of money which is going into locks and to locksmiths. It is not for student services; it is not for patient care; it is certainly not for research. So we have that to deal with, which is extremely important.

There has also been a campaign of intimidation waged in Canada against private pound and shelter owners, and campaigns against the municipal ones, to stop them from supplying abandoned dogs and cats for medical research. In Ontario the Animals for Research Act states that pounds and shelters must make available to licensed, registered research institutions those animals slated for killing, for euthanasia, if unclaimed, if a research institution so requests them. The

[*Translation*]

réussi à prouver qu'il était tout à fait essentiel d'opérer le plus tôt possible les nouveaux-nés souffrant de cataracte congénitale, car, lorsque au cours des premiers mois de leur vie leur cerveau n'est pas stimulé par l'image perçue par les yeux, ces enfants finissent par souffrir d'amblyopie, qu'on appelait autrefois perte d'acuité visuelle pour raison inconnue. Grâce au docteur Blakemore, nous savons donc maintenant que les enfants souffrant de cataracte congénitale doivent subir une opération immédiatement afin que leur cerveau puisse se développer convenablement.

Or ce savant a été harcelé pendant cinq ans à un point tel qu'il a avoué qu'il pensait sérieusement à abandonner ses travaux à cause de menaces contre ses enfants.

Et c'est loin d'être un cas unique. Les chercheurs font l'objet de harcèlement, de diffamation et d'intimidation.

Des partisans de la défense des droits des animaux se sont introduits dans le bureau du D[r] Abian Morrison, de l'Université de Pennsylvanie à Philadelphie, ils ont tout saccagé et ils lui ont volé, entre autres, son fichier de correspondance. Le D[r] Morrison fait de la recherche vétérinaire. On l'accusait d'être «un nazi des animaux». Les membres du Front de libération des animaux lui ont volé ses classeurs pour voir qui étaient ses correspondants. Le Front le mettait en demeure de cesser de défendre les chercheurs utilisant des animaux de laboratoire, comme il l'avait fait jusqu'à présent.

Je pourrais vous citer un tas de cas du même genre. Au cours des quatre années écoulées, on a enregistré 29 cas de cambriolages dans des universités est des institutions de recherche américaines. Cela entraîne des pertes de millions de dollars sur le plan de la recherche, des dégâts et des pertes de dossiers.

Au Canada, toutes les facultés de médecine sans exception et tous les laboratoires de recherche dans les hôpitaux, y compris les laboratoires Connaught, ont fait installer des dispositifs de sécurité payés bien entendu à même les deniers publics. Or cet argent n'est pas utilisé pour les étudiants ou pour soigner les malades, et certainement pas pour la recherche. C'est donc un problème très grave.

Une campagne d'intimidation a été lancée au Canada contre les fourrières, tant privées que municipales, pour les empêcher de fournir des chiens et des chats abandonnés aux laboratoires de recherche médicale. La Loi sur les animaux de laboratoire de l'Ontario stipule que les fourrières sont tenues de fournir à leur demande, aux laboratoires de recherche reconnus, des animaux abandonnés normalement destinés à être détruits. Chaque année, ont tue, à grand frais, des

[*Texte*]

number of dogs and cats killed in Canada is enormous—millions in a year. The cost of putting them down is enormous. The Montreal shelter works day and night to keep up with the need to put down these animals in the gas chamber. Animals used in research do not die in a gas chamber; they die very humanely under very proper anaesthesia.

• 0940

There has been a move to stop that from happening. Research needs less than 1% of those abandoned dogs and cats. These private pound owners have been subject to the most enormous intimidation. They are afraid. Some of them live behind closed curtains. They watch the road to see who is coming up.

They are doing a legal activity. In Ontario it has been arranged very properly, but the idea is to choke off the supply. For major research institutions, particularly those doing heart and kidney research for which dogs are absolutely essential, this has become a major problem and a huge expense.

In addition to the stealing and the vandalism, there has been arson, actual bombs—even one or two in Canada—and attacks on the cars of researchers. I was on a Canada-wide John Gilbert show on this issue. Afterward, the police in London asked me not to leave my car outside the garage for the next few weeks. The comment was that they take the extremists very seriously.

This makes for an aura of intimidation and fear in which scientists have to work. A number of us are speaking out, but a large number of scientists who want to get on with their work have become afraid to speak out. We live in a free, democratic society. They are doing a perfectly legal and honourable job. You have people in that position being intimidated to keep quiet.

That has a major effect on the recruitment of graduate students, the next generation of persons coming into the operation. We have seen the falling enrollment in science in most universities in Canada. That is a most regrettable trend at a time when our activities in the next century are going to depend on knowledge-based industries, not only for the scientists who will find the solutions to many of the environmental and health problems, but it also is important that the entrepreneurs of the future should be knowledgeable about science, should understand the world in which they have to do their entrepreneurial activities.

This is the situation we have. We also know that when public opinion polls are taken, as one taken recently this year in Manitoba on these issues, including the pound-source animals issue, the great majority of the population supports medical research using animals under regulated and controlled conditions.

[*Traduction*]

millions de chiens et de chats au Canada. La fourrière de Montréal, à elle seule, est obligée de travailler nuit et jour pour faire passer chiens et chats à la chambre à gaz. Or les animaux de laboratoire ne sont pas tués dans des chambres à gaz mais meurent sans souffrance sous anesthésie.

Certains ont voulu mettre un terme à cela. Les travaux de recherche ne nécessitent que moins de 1 p. 100 de ces chiens et chats abandonnés. Toutefois, les propriétaires de ces fourrières privées ont fait l'objet de manoeuvres d'intimidation des plus graves; maintenant, ils ont peur, et certains d'entre eux vivent derrière des rideaux tirés, surveillant la rue pour voir qui s'approche de leur maison.

Ce qu'ils font est tout à fait licite, et, en Ontario, les dispositions à cet effet sont tout à fait acceptables; mais le but recherché est d'arrêter les approvisionnements. Pour les institutions de recherche importantes, particulièrement celles qui travaillent en cardiologie et en urologie et pour lesquelles les chiens sont absolument indispensables, cela devient un problème important et entraîne des dépenses énormes.

Outre les vols et les cas de vandalisme, on a constaté des incendies volontaires, des attaques à la bombe—il y en a même eu une ou deux au Canada—et les voitures de chercheurs ont aussi été attaquées. J'ai participé à ce sujet à une émission de John Gilbert, diffusée dans tout le Canada. À la suite de cette émission, la police de London m'a demandé de ne pas laisser ma voiture en dehors du garage pendant quelques semaines. La police dit qu'elle prend les extrémistes très au sérieux.

En conséquence, les scientifiques doivent travailler dans une atmosphère d'intimidation et de crainte. Plusieurs d'entre nous n'hésitent pas à parler de ce problème, mais un bon nombre de scientifiques qui veulent faire avancer leurs travaux craignent maintenant de prendre la parole. Et pourtant, nous vivons dans une société démocratique et libre, et ces chercheurs exécutent un travail tout à fait licite et honorable. Cependant, les manoeuvres d'intimidation les ont réduits au silence.

Cette situation a également des conséquences importantes pour le recrutement des étudiants de deuxième et de troisième cycles, ceux qui assureront la relève dans le secteur de la recherche. Nous avons constaté dans la plupart des universités du Canada que les inscriptions dans le domaine scientifique étaient à la baisse. C'est une tendance des plus regrettable, car le prochain siècle verra nos activités dépendre des industries fondées sur les connaissances, et ce, non seulement pour les scientifiques qui devront trouver des solutions à bon nombre de problèmes environnementaux et de santé, mais également pour les entrepreneurs de l'avenir qui devront posséder une certaine culture scientifique et comprendre le monde dans lequel ils vont poursuivre leurs activités d'entrepreneurs.

Voilà donc la situation actuelle. Nous savons également que les sondages d'opinion publique, comme celui qui a été récemment réalisé au Manitoba sur ces questions, y compris celle des animaux provenant des fourrières, indiquent que la grande majorité de la population se déclare en faveur de l'utilisation d'animaux dans la recherche médicale, dans des conditions réglementées et contrôlées.

[*Text*]

All medical researchers support the regulation of the use of animals in medical research. There is a great deal of public support for this because the public understands very clearly that cures, treatments, preventions for the diseases that plague us have never come out of the anti-vivisectionist animal rights movement. It comes out of only one place, medical research.

Where will the cure for AIDS come from? Where will the cure for Alzheimer's disease come from? It is not going to come out of an animal rights movement. The public clearly understands that and supports it.

On the one hand, we have a good deal of public support. On the other hand, there is enormous intimidation by small groups of fanatics who are also radicalizing the much more useful and mainstream animal welfare organizations.

There is a world of difference between those who want the wise use of animals and those, a small number, who want no use of animals. This group of people understands the use of animals is something very different from the misuse of animals.

I guess we are really operating in a society in which the great majority of us are moderates on this issue, and a small group of people are fanatical about not wanting animals used in any way.

I think everybody here today knows that now childhood is the safest from disease ever known in Canada thanks to the extraordinary measures we take to prevent illness in our children; 8 million doses of Canadian vaccines were produced in 1987. They are remarkably safe. There were only seven serious sequelae out of eight million doses that prevented the killing diseases of childhood, all those the result of medical research. Every batch has to be tested. There has to be enormous control on the quality of every batch of vaccine. The public demands and is right to demand a very high quality.

• 0945

Mr. Calhoun: This is a letter to Mr. Porter. There is a copy of my letter in your docket, but I would like to read it into the record:

Dear Mr. Porter:

On behalf of Partners in Research, I wish to thank you for your invitation to appear before you and the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women this morning and to participate in a presentation that will focus on the severe negative impact the animal rights movements is having on medical research and thus, as it extends to the health care delivery system in Canada today.

Partners in Research is a registered Canadian charity.

—I draw your attention to our patrons list on the left-hand side of our letterhead—

[*Translation*]

Tous les chercheurs sont en faveur d'une réglementation de l'emploi des animaux dans les travaux de recherche médicale. Cette notion est très bien accueillie du grand public, qui comprend fort bien que les remèdes, les traitements et la prévention des maladies qui nous affligent n'ont jamais été le fait du mouvement pour la protection des droits des animaux, qui s'oppose à la vivisection. Ces résultats n'ont qu'une seule cause: la recherche médicale.

Qui trouvera un remède pour le sida, pour la maladie d'Alzheimer? Ce ne sera certainement pas le mouvement de protection des droits des animaux. Le grand public comprend fort bien cela et il appuie notre position.

D'une part, donc, nous bénéficions de l'appui du public, dans une large mesure, et, d'autre part, nous notons cet effort d'intimidation énorme déployé par un petit groupe de fanatiques qui, en outre, radicalisent les organisations traditionnelles de protection des animaux, beaucoup plus utiles.

Il y a tout un monde entre ceux qui désirent que les animaux soient utilisés judicieusement, et ceux, peu nombreux, qui veulent interdire le recours aux animaux. Ceux qui sont en faveur d'un recours justifié comprennent qu'il y a une différence entre utiliser les animaux et en faire un emploi abusif.

Il me semble que la grande majorité des membres de notre société ont un point de vue modéré à ce sujet, mais qu'un petit groupe de fanatiques rejettent toute utilisation des animaux à cette fin.

Je suis sûre que nous savons tous ici que les jeunes sont mieux protégés que jamais des maladies, au Canada, grâce aux mesures de prévention extraordinaires que nous prenons; le Canada a produit 8 millions de doses de vaccins en 1987 et ces vaccins sont sans danger dans une proportion extraordinaire. Sur les 8 millions de doses qui ont permis d'éviter les maladies meurtrières de l'enfance, et qui résultaient de la recherche médicale, seulement sept ont eu des effets secondaires sérieux. Chaque lot de vaccins est examiné et les contrôles de qualité, pour chaque lot, sont extrêmement sévères. Le public exige, à juste titre, une qualité exceptionnelle.

M. Calhoun: J'ai en main une lettre adressée à M. Porter, que vous avez déjà dans votre dossier mais que je voudrais lire aux fins du procès-verbal:

Cher monsieur Porter:

Au nom de Partners in Research, je tiens à vous remercier de votre invitation à comparaître devant vous et le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, ce matin, et de participer à une déposition axée sur les conséquences négatives graves des activités des mouvements de protection des droits des animaux pour les travaux de recherche médicale et donc pour le système des soins de santé canadien actuel.

Partners in Research est un organisme de charité enregistré canadien.

...J'attire votre attention sur la liste des personnes qui patronnent notre oeuvre, liste qui apparaît à gauche de notre en-tête...

[*Texte*]

We were established as a citizens' movement in 1988 to promote biomedical research in all its aspects, including the indispensable use of animals. Our mission is to educate and re-educate the public about the historic relationship of disease control and cure from a past, present and future perspective as it relates to both mankind and animals.

We have concerns about the serious consequences that are beginning to take their toll as as result of the relentless attack on medical research by the animal rights movement. It is worth noting that, worldwide, 0.4% of all animals used are required for teaching, testing and medical research. Of this very small percentage, two one-hundredths

—and that is of the 0.4%—

are abandoned dogs and cats that are doomed to die in pounds and shelters. In contrast, 66% of all the animal rights literature

—and one can extrapolate that to include their energy focus and financial resources—

is directed at attacking medical research.

Let us pause there and look at what is happening. Two one-hundredths of 0.4% of all animals used are dogs and cats from pounds and shelters, and yet 66% of the focus of the animal rights movement is directed at those statistics. That is pretty alarming. We have records that indicate the financial resources of this movement—and the figures I am going to quote are more than two years old—continentally are in the area of $400 million. So you can think about the power base they have to deliver their vendetta.

It concerns our organization that this shocking revelation exposes their real agenda, and that is to bring to a complete halt the use of animals in biomedical research. When one considers the profound evidence of the irreplaceable value and need of animals in biomedical research in the past, present and future, the agenda of the animal rights movement comes into clear focus as a dangerous threat to each and every Canadian and must be seen as an ambitious attempt to deprive Canadians of their right to healthy lives as free from disease as humanly possible.

On page 2 there is a recommendation. We recommend that within the auspices or purview of recommendation of this committee some form of appropriate federally sponsored investigation be undertaken of the animal rights movement in all its facets to determine the negative impact it is now having on biomedical research. Further, once such a recommended investigation is completed and its findings published, that appropriate controls are put in place to

[*Traduction*]

Nous nous sommes constitués comme groupe de citoyens en 1988 pour promouvoir tous les aspects de la recherche biomédicale, y compris l'utilisation indispensable d'animaux. Notre mission est d'informer et de réinformer le public sur les liens historiques entre la lutte contre les maladies et la découverte de traitements curatifs, compte tenu du passé, du présent et de l'avenir, en ce qui concerne tant les hommes que les animaux.

Nous nous inquiétons des conséquences graves qui commencent à apparaître et découlent des attaques soutenues lancées contre la recherche médicale par les partisans du mouvement de défense des droits des animaux. Il convient de noter que, sur une base mondiale, 0,4 p. 100 de tous les animaux que nous utilisons servent à des fins d'enseignement, d'essais et de recherche médicale. De ce pourcentage très faible, deux centièmes

. . .et il s'agit de deux centièmes des 0,4 p. 100. . .

sont des chiens et des chats abandonnés, condamnés à mourir dans les fourrières et les abris. Par contre, 66 p. 100 de tous les documents produits par le mouvement des droits des animaux

. . .et l'on pourrait faire une extrapolation pour tenir compte des énergies consacrées et des ressources financières disponibles. . .

visent à attaquer la recherche médicale.

Prenons un instant pour examiner ce qui se passe. Deux centièmes de 0,4 p. 100 de tous les animaux utilisés sont des chiens et des chats provenant de fourrières et d'abris, et pourtant, 66 p. 100 des efforts du mouvement de protection des droits des animaux portent sur eux. C'est une situation assez alarmante. Les renseignements dont nous disposons indiquent que les ressources financières de ce mouvement—et les chiffres que je vais citer datent de plus de deux ans—sont de l'ordre de 400 millions de dollars, pour le continent. Cela vous donne une idée de la solidité de la base à partir de laquelle ils peuvent lancer leur vendetta.

Notre organisme s'inquiète de cette révélation choquante qui indique leur objectif réel, à savoir interdire complètement l'utilisation d'animaux dans la recherche biomédicale. Si l'on considère la preuve irréfutable de la valeur irremplaçable et de la nécessité des animaux de laboratoire dans ce domaine, tant dans le passé que dans le présent et pour l'avenir, la démarche du mouvement de défense des droits des animaux apparaît clairement comme étant une menace dangereuse pour tous les Canadiens, et elle doit être perçue comme une tentative ambitieuse de priver les Canadiens de leur droit à la santé et à une vie aussi exempte de maladies qu'il est humainement possible de le faire.

Nous présentons, à la page 2 de cette lettre, une recommandation. Nous recommandons, que dans le cadre des pouvoirs de votre comité, il soit recommandé qu'une enquête organisée au niveau fédéral sous la forme appropriée soit lancée pour examiner tous les aspects du mouvement de défense des droits des animaux afin de déterminer les conséquences néfastes de ce mouvement pour la recherche biomédicale. De plus, une fois l'enquête réalisée et ses

[*Text*]

protect our researchers and scientists and guarantee a safe environment for ongoing animal-based research that is in the best interest of all Canadians.

That concludes Partners contribution to the presentation. We would welcome questions.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Calhoun. Certainly, I think each of us has been made aware of some of the situations you describe. I guess we have seen the headlines, perhaps without some of the background you have provided us with this morning. Obviously the impact it has on research, not only in Canada but throughout the world, is becoming well known to more Canadians. We always think these things happen in other places, but I think he outlined the fact that Canada, like other countries, is undergoing the same situation.

• 0950

Mr. Karpoff (Surrey North): This subject is a very difficult one for the average layperson to get a grasp on. I have had discussions with people on both sides of the argument. There are a couple of specific questions that I want to ask.

You talk about the research as it relates to medical institutions. How much research in Canada is going on under the control of drug, pharmaceutical or cosmetic companies and has nothing to do with the standard university process? I am talking about research where they do not have to go looking for funds and they do not have to go through that two-step process.

Dr. Borwein: Let me take it in different stages. Under Bill C-22 the pharmaceutical companies were supposed to invest a lot of money in research in Canada.

Mr. Karpoff: They were supposed to.

Dr. Borwein: Yes. Some of them are doing it but some of them are just doing more clinical trials. Those clinical trials are on people, they do not involve animals. That is the last stage in the research process. All bodies, whether a pharmaceutical or cosmetic company or any product testing on anything, is subject to inspection by the Canadian Council on Animal Care. They inspect all premises that use animals.

The amount of research done on cosmetics is very small in Canada. According to Canadian rules—and we have a letter from Jake Epp to this effect, when he was minister—nobody needs to test a product that is already known to be safe. If you are making a cosmetic from glycerine and rosewater, or things of that sort, you do not have to do any testing. You just have to have on record that the product is known to be safe. Even stores like the Body

[*Translation*]

conclusions publiées, des mesures de contrôle appropriées devraient être prises pour protéger les chercheurs et les scientifiques et leur assurer un environnement sécuritaire afin qu'ils puissent poursuivre leurs travaux de recherche nécessitant des animaux, dans le meilleur intérêt de tous les Canadiens.

Cela termine l'exposé de Partners in Research, et nous serons heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Calhoun. Je suis sûr que nous avons tous été mis au courant de certains des cas que vous avez mentionnés. Nous avons vu les manchettes des journaux, mais nous n'avions peut-être pas les renseignements que vous nous avez communiqués ce matin. Il est évident que de plus en plus de Canadiens sont au courant des conséquences que ces gestes ont sur la recherche, non seulement au Canada mais dans l'ensemble du monde. Nous croyons toujours que ce genre de choses ne peut arriver qu'ailleurs, mais je crois que l'on vient de nous indiquer que le Canada, comme d'autres pays, doit faire face à la même situation.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Pour un profane, il est difficile de bien saisir cette question. Nous avons entendu des arguments opposés, présentés par différentes personnes. Mais il y a une ou deux questions spécifiques que je voudrais poser.

Vous avez parlé de la recherche qui est faite par les institutions médicales. Quelle est l'importance de la recherche au Canada, qui est contrôlée par les entreprises de produits pharmaceutiques ou de produits cosmétiques, et qui n'a rien à voir avec le processus normalement suivi par les universités? Je parle de travaux de recherche pour lesquels il n'est pas nécessaire d'essayer d'obtenir des subventions et qui ne sont pas soumis au processus à deux étapes que vous avez mentionné.

Dre Borwein: Je répondrais en soulignant quelques points. Dans le cadre du projet de loi C-22, les sociétés pharmaceutiques devaient investir des sommes considérables dans la recherche effectuée au Canada.

M. Karpoff: Elles devaient le faire.

Dre Borwein: Oui. Certaines le font, mais d'autres se limitent aux essais cliniques. Pour ces essais, on a recours à des êtres humains, on ne se sert pas d'animaux. Il s'agit de la dernière étape dans le processus de recherche. Toutes ces entités, qu'il s'agisse d'une entreprise pharmaceutique ou d'un fabricant de produits cosmétiques, ou de toute autre entité s'intéressant aux essais pour différents produits, doivent être inspectées par le Conseil canadien de protection des animaux. Ce conseil inspecte tous les locaux où on utilise des animaux.

Très peu de recherche se fait au Canada au sujet des cosmétiques. Selon les règles en vigueur au Canada,—et nous avons une lettre en ce sens qui nous a été adressée par M. Jake Epp quand il était ministre de la Santé—il n'est pas nécessaire de mettre un produit à l'épreuve quand son inocuité a déjà été démontrée. Quand un produit est fabriqué à partir de glycérine et d'eau de rose, ou de produits de cette nature, aucun essai n'est nécessaire. Il suffit de faire une

[*Texte*]

Shop and Beauty Without Cruelty, which advertise these things, were forced to admit in a recent *Toronto Sun* article that they really mean their products have not been tested on animals in the last five years or have not been tested by them.

Jake Epp assured us that they have been tested down the road, and that would apply for any large company as well as a small one. The amount done on cosmetic production in Canada is very small, but whatever is done is nevertheless under inspection. That is also true for the pharmaceutical companies. In fact, some of the pharmaceutical companies—and I have seen some of their premises—have extraordinarily high standards. They have a lot of money to spend so they can afford very fine facilities.

Mr. Karpoff: It is always difficult in Canada to sort out what information is Canadian and what is American. A lot of the things I have heard about are probably from the pharmaceutical and cosmetic industry, but one does not know whether it comes from the States or Canada.

Dr. Borwein: A bill was introduced in the Legislature of Ontario recently, allegedly to control particular kinds of tests. In the course of that, literature was distributed around the legislature—horrendous stuff about animals' eyes falling out and so on. Dr. Frank Flowers, a veterinarian who inspects the premises, actually wrote a letter to the proposer of that bill in which he said that he has never seen an animal's eye in the condition that literature described.

The Martin tests are serial dilution tests. They put the substance in until an inflammatory response begins, and then they know they have reached the point. At the end of his letter he said he thought the people of Ontario were entitled to accurate information from their legislators. That is an example of misinformation for propaganda purposes.

Mr. Karpoff: You acknowledge that 3 out of 170 institutions are under threat for non-compliance. To me that seems to be a fairly high ratio, especially after all of these procedures. If they are now at the point of having their ability to carry on additional experiments lifted after all the processes you outlined, and being warned and everything else, it seems this voluntary compliance process has some real. . . I would question that kind of a ratio after all of these kinds of things you are talking about.

• 0955

Mr. Calhoun: I think you have to look at what compliance is.

Dr. Bisby: I just want to make a point. You can argue this one either way. I think you can say that if you have extremely high standards, which the Canadian situation does, then the fact that 3 out of 170 are in non-compliance—and I

[*Traduction*]

déclaration précisant que ce produit est reconnu comme étant inoffensif. Même des entreprises comme *Body Shop and Beauty without Cruelty*, qui font une publicité en ce sens, ont dû admettre selon un article récent du *Toronto Sun* que leur publicité indique uniquement que leurs produits n'ont pas fait l'objet de tests impliquant des animaux au cours des cinq dernières années, ou que s'il y a eu des tests, ce ne sont pas ces entreprises qui les ont exécutés.

M. Jake Epp nous a assurés que les produits avaient fait l'objet de tests à un moment donné et que ceux-ci s'appliquent que l'entreprise soit grande ou petite. Très peu de travaux de cette nature sont exécutés au Canada dans le domaine des cosmétiques, mais ce qui est fait est sujet aux inspections. Cela s'applique également aux entreprises pharmaceutiques. En fait, certaines sociétés pharmaceutiques—et j'ai visité certaines de leurs installations—ont des normes extrêmement élevées. L'argent ne leur manque pas et elles peuvent se permettre des installations de tout premier ordre.

M. Karpoff: Il est toujours difficile au Canada de déterminer quelles sont les données qui concernent le Canada et celles qui concernent les États-Unis. Une bonne partie des renseignements qui m'ont été communiqués viennent probablement du secteur pharmaceutique et du secteur des cosmétiques, mais on ne sait pas s'il s'agit de données américaines ou canadiennes.

Dre Borwein: L'Assemblée législative de l'Ontario a récemment été saisie d'un projet de loi qui viserait à contrôler certaines catégories d'essais. À la suite de cette initiative, des documents ont été distribués aux députés—des descriptions horribles d'animaux dont les yeux sortaient de la tête, et autres histoires similaires. Le D[r] Frank Flowers, un vétérinaire qui inspecte les locaux, a, en fait, écrit au parrain du projet de loi, en précisant qu'il n'avait jamais vu un animal dont l'oeil serait dans l'état décrit dans le document distribué.

Les tests Martin sont des tests de dilution en série. La substance à l'essai était administrée jusqu'à ce qu'une réaction inflammatoire se produise; on sait alors qu'on a atteint la dose déterminante. À la fin de sa lettre, le vétérinaire a indiqué que la population ontarienne avait le droit de recevoir des renseignements exacts de ses députés. Vous avez là un exemple de fausses informations utilisées à des fins de propagande.

M. Karpoff: Vous reconnaissez que trois établissements sur 170 risquent d'être accusés de non-conformité. À mes yeux, il s'agit d'un pourcentage assez élevé, surtout quand on tient compte de toutes ces procédures. Si ces établissements en sont arrivés au point où ils perdraient la possibilité de poursuivre leurs expériences, en dépit des différents processus que vous avez mentionnés, et après avoir reçu des avertissements et tout le reste, il me semble que la conformité sur une base volontaire présente vraiment quelques. . . Je m'inquiète de ce pourcentage, compte tenu de toutes les mesures dont vous avez parlé.

M. Calhoun: Je crois qu'il convient d'examiner ce que l'on entend par conformité.

Dr Bisby: Une remarque. On peut plaider le pour et le contre. On peut dire par exemple que si les normes sont très élevées, ce qui est le cas au Canada, le fait que trois institutions sur 170 sont en situation de non-conformité—et

[*Text*]

will admit that I am not sure whether that is actually the situation now, but that was the situation as I last heard it some time ago... The point is that the system does have teeth. It does pick up any infringements of the very high standards we have in Canada. If there were none that had been picked up as being in non-compliance, I think you could equally well argue it is a toothless system, it is a system that does not work because it does not pick up institutions. It does.

I think it shows that we have very high standards and that they are rigorously enforced. I agree it is not a desirable situation—zero is a desirable situation. But it does at least show that the system is working and picking these up.

I think the big issue is what exactly is the non-compliance. I am afraid I do not know that because the reports are kept confidential between the institution and the inspecting body. I think that is probably appropriate, because if those reports were not confidential they might well turn out not to be as frank and as rigorous as they are.

I do not know what the degree of non-compliance is, but I suspect it is in some kind of technical detail. It is not to indicate that the animals, generally speaking, are living in substandard conditions.

Mr. Calhoun: I think it is important that we understand the realm of compliance, extending to the paint on the ceiling, to the condition the floor is in, and what have you.

Dr. Borwein: In the Canadian council's animal care system there are different levels of non-compliance. The most serious would be if the animals were in some way being maltreated, improperly treated, and so on. The second and third relate to what you might call the physical circumstances. What kind of building is it in? Is the ventilation system adequate? Are the cages big enough? Is the bedding changed often enough? There are all sorts of levels.

The one I know best is not my own university but another, where it was the building. They referred to the ceiling paint, the floor coverings, and they specified in enormous detail. I do not know of any institution that has been declared to be in non-compliance that has not set out to correct the faults.

The Canadian council gives them a reasonable leeway, because it can cost millions of dollars to fix up your animal care facility. All the Canadian universities are very strapped for money and feel themselves underfunded, so they have to allocate money away from libraries and away from student classrooms to the animal care facility. I think that very reasonably they are given a year or two in which to get that pieced together.

[*Translation*]

je reconnais que je ne suis pas certain que ce chiffre représente la situation actuelle, mais ce sont les données les plus récentes que j'ai entendues il y a quelque temps... Le fait est que le système permet d'agir. Il retient toute infraction aux normes très élevées que nous avons au Canada. Si on avait signalé qu'aucune institution était en situation de non-conformité, je crois que l'on pourrait dire alors que le système n'a aucune force et ne donne aucun résultat puisqu'il ne signale pas les institutions en faute. En fait, le système signale les infractions.

Je crois que cela démontre que nous avons des normes très élevées qui sont appliquées rigoureusement. Je suis d'accord pour reconnaître que la situation actuelle n'est pas souhaitable—ce qui est désirable, c'est un taux de non-conformité de zéro. Mais, tout au moins, nous devons reconnaître que le système fonctionne et signale les infractions.

Le vrai problème, c'est de savoir exactement ce que l'on entend par non-conformité. Je dois vous dire que je ne sais pas de quelles infractions il s'agit, car les rapports sont confidentiels et leur teneur est uniquement connue par l'institution en cause et l'entité chargée de l'inspection. Il me semble que cela est probablement souhaitable, car si les rapports n'étaient pas confidentiels, ils seraient peut-être moins francs et rigoureux qu'ils le sont.

Je ne sais pas de quel degré de non-conformité il s'agit, mais je soupçonne qu'il ne s'agit que d'un détail technique quelconque. Rien n'indique que les animaux, généralement, vivent dans des conditions inacceptables.

M. Calhoun: Il est important de réaliser que les règles à respecter concernent par exemple la peinture du plafond, l'état du plancher, et toutes sortes de choses similaires.

Dre Borwein: Le système élaboré par le Conseil canadien de protection des animaux prévoit plusieurs niveaux de non-conformité. Le cas le plus grave concerne le mauvais traitement des animaux, ou un traitement inapproprié, etc. Le deuxième et le troisième niveaux concernent l'état physique des lieux. De quel genre d'immeuble s'agit-il? Le système de ventilation est-il suffisant? Les cages sont-elles de dimension suffisante? Est-ce que les litières sont changées assez fréquemment? Il y a toutes sortes de niveaux.

Le cas que je connais le mieux ne s'est pas produit dans mon université, mais ailleurs, et il s'agissait de l'immeuble. Les commentaires reçus concernait la peinture du plafond, le revêtement du plancher, et tout ceci était décrit d'une façon très détaillée. Je ne connais aucune institution qui, ayant été trouvée en situation de non-conformité, n'ait pas corrigé les lacunes signalées.

Le Conseil canadien de protection des animaux accorde aux institutions une marge de manoeuvre considérable car la modification d'une installation recevant des animaux peut coûter des millions de dollars. Toutes les universités canadiennes souffrent d'un financement insuffisant et il leur est difficile de trouver de l'argent; elles doivent donc soustraire des fonds au budget des bibliothèques et des salles de classe pour les allouer aux installations recevant les animaux. Il me semble donc raisonnable qu'on leur accorde un an ou deux pour prendre les mesures nécessaires.

[*Texte*]

I do not know of any institution that has been in non-compliance for anything that could be vaguely construed as cruelty. It will be the actual physical conditions. The CCAC actually publishes a document on that which I will be happy to pass on to you. It sets out in detail the levels of compliance and non-compliance, which is a graded system.

Mr. Calhoun: I would like to add a safety valve to that. If it is in the purview of this committe, a visit to a facility of your choosing could be arranged so you could inspect the animal care facility. That suggests that if, on very short notice, you want to go to a certain area to look at it, it could be arranged for you to do so.

Mr. Karpoff: I actually have visited facilities, but maybe not as extensive ones. I do not think that leads to much knowledge, because that shows that you have a facility at that point in time that is operating under certain conditions.

I have a comment. I find some of the animal rights extremists frightening, but I also am concerned at the language you people are starting to use in response to them. It is starting to polarize things. You are describing these people as extremists. There may be a small fraction who are, but there are a lot of people involved in concern about animal care and research who are not.

When you also start talking about wanting to have a committee study it and come up with appropriate controls, that somehow smacks of suggesting we should outlaw this type of society, and prevent them from doing this. The controls I see are better policing of criminal acts, better dissemination of accurate information, maybe making sure that you people have adequate dollars to put forward accurate information. I think it is a government responsibility to make sure that the legitimate research community has money not only for research but also for public education.

• 1000

You can very quickly put these people in a position of martyr, which gains them far more public credibility. I would not mind somebody talking about what the impact is on government funding cuts, on research. Also, you talk about declining enrolment in the sciences, the first declining enrolment in all post-secondary education, because of the cutbacks by both levels of government in post-secondary education.

Dr. Bisby: Maybe I could comment on the polarization issue. Traditionally scientists in Canada and in other countries have sat back and not responded, not been in any way pro-active, to the activities within the animal rights movement. Let me stress that I do not think you will find any animal-using scientist who has any problems with those in the general public who are concerned about the well-being of experimental animals but recognize that there is a

[*Traduction*]

Je ne connais aucune institution qui ait été déclarée non conforme pour une raison qui pourrait même de loin être interprétée comme un cas de cruauté. Il s'agit donc de l'état physique des lieux. Le Conseil canadien de protection des animaux publie d'ailleurs un document que je me ferais un plaisir de vous communiquer. On y trouve, en détail, une description des niveaux de conformité et de non-conformité; c'est un système de points.

M. Calhoun: Je peux vous proposer une soupape de sécurité. Si cela est possible, le comité pourrait choisir une institution et l'on pourrait alors vous faire visiter les locaux réservés aux animaux. Donc, si vous voulez visiter une institution donnée, cela pourrait être organisé et il suffirait d'un préavis très bref.

M. Karpoff: J'ai en fait visité plusieurs installations, mais ce n'était peut-être que les plus grandes. Je ne pense pas que cela ajouterait beaucoup à ce que nous savons, car cela montrerait seulement qu'à un moment donné, une installation particulière fonctionnait dans certaines conditions.

Je pourrais ajouter un commentaire. Certains des extrémistes du mouvement de défense des droits des animaux m'effraient, mais je m'inquiète également des termes que vous utilisez maintenant dans votre réaction. Les choses commencent à se polariser. Vous dites que ces personnes sont des extrémistes. C'est peut-être vrai pour ce qui est d'un petit groupe, mais il y a bon nombre de personnes qui s'intéressent à la question des animaux et de leur utilisation pour la recherche, qui ne le sont pas.

Quand vous commencez aussi à exprimer le souhait de voir un comité examiner cette question pour établir les mécanismes de contrôle appropriés, cela me semble suggérer le désir de voir ce genre de personnes mises hors-la-loi et de leur interdire d'être actives. Ce que j'envisage comme moyen de contrôle, c'est une surveillance accrue des actes criminels, une meilleure distribution d'informations correctes et un budget suffisant pour que vous soyez en mesure de le faire. Je pense que c'est la responsabilité du gouvernement de s'assurer que les chercheurs légitimes aient les moyens financiers non seulement de faire de la recherche mais également d'éduquer le public.

Il est très facile de faire passer ces gens pour des martyrs, ce qui augmente leur crédibilité aux yeux du public. J'aimerais bien que quelqu'un nous parle de l'impact que les coupures gouvernementales ont eu sur la recherche. Vous avez dit qu'il y avait moins d'étudiants qui s'inscrivaient à la faculté des sciences; c'est la première, de tout le secteur de l'éducation postsecondaire, à être touchée en raison des coupures imposées par les deux niveaux de gouvernements.

Dr Bisby: Permettez-moi d'aborder la question de la polarisation. Au Canada, comme ailleurs, face au mouvement pour la défense des animaux, les scientifiques n'ont pas réagi et n'ont pris aucune initiative. Je m'empresse de vous dire que les scientifiques qui utilisent des animaux de laboratoire n'ont pas de problèmes avec ceux qui s'intéressent à la protection des animaux mais reconnaissent que les animaux de laboratoire ont leur raison d'être. C'est le genre de

[*Text*]

justification for their use. We would like to work, and we already work, with such people. For example, the Canadian Federation of Human Societies is represented on the Canadian Council on Animal Care. It is a member of that institution. We have difficulty with those people who want to stop all animal experimentation, irrespective of the benefits to humans or to animals from that experimentation.

We have seen over the last 100 years, and particularly over the last 10 years, the growing usage of the media by these animal rights people. Public opinion seems to be being swayed by them. They are manipulating public opinion. We hear nothing from the scientists until there is some incident, some attack, some arson or something. Then there is a reaction. We think it is time the research community began to tell its side of the story and get to be pro-active. Otherwise we are going to continue to lose ground in the court of public opinion—not because what we are doing is wrong, not because we are inhumane in our use of animals, but simply because of the propaganda pressure of the animal rights extremists.

So if there is a polarization—and I fear you may be right there—then it is a response to the extreme polarization that the animal rights movement has brought into this debate.

Dr. Borwein: The realities we have to face is what is happening. There was a security conference held in Washington just recently for American researchers, the second or third such, and to it came one high-level person from Scotland Yard. Scotland Yard, the Canadian Senate, the FBI—all have all declared the Animal Liberation Front to be a terrorist organization.

Mr. Karpoff: The Canadian. . .?

Dr. Borwein: The Senate. They published a document on that. I can let you have it.

The problem is that the Animal Liberation Front is the break-in arm, and it has public spokesmen. It has the people who speak for them in public, like ARC II in Canada or the Ethical Treatment of Animals in the United States. None of these secret organizations can function without some level of support, and there is an Animal Liberation Front support group in Canada. It functions out of Toronto and Edmonton.

There has been a pressure on the traditional animal welfare organizations, which are very important to us all. You have seen the takeover event, for example, that happened at the Toronto Humane Society. There has been a pressure towards this kind of radicalization. I am not saying they are all radicalized, but there is an enormous pressure that way on the people in the animal welfare movement.

The issues have got blurred by what I might call the step-by-step or partial agenda issues. They do not all come out and say they do not want anyone to use animals in any way, anymore, starting tomorrow. They will say they do not want anyone to use pound dogs, or that they do not want animals used in cosmetic testing. They do not want you to have a fur trade. They do not want you to kill any seals or to eat meat. They have a partial agenda that is part of a whole

[*Translation*]

personnes avec lesquelles nous aimons collaborer et avec lesquelles nous collaborons. La Fédération des sociétés canadiennes d'assistance aux animaux par exemple fait partie du Conseil canadien de protection des animaux. Ceux qui nous posent des problèmes, sont ceux qui veulent abolir l'expérimentation animale, quels qu'en soient les avantages qu'en retirent les être humains comme les animaux.

Au cours des 100 dernières années, et en particulier au cours de la dernière décennie, nous avons constaté que ces gens qui se battent pour la défense des animaux ont de plus en plus recours aux médias. L'opinion publique semble pencher en leur faveur, car ils la manipulent alors que les scientifiques attendent pour réagir qu'un incident quelconque se produise, comme un incendie criminel. Nous pensons qu'il est temps pour les chercheurs de présenter leur version des faits et de prendre des initiatives, sinon, l'opinion publique va continuer à se tourner contre nous, pas parce que nous avons tort ni parce que nous traitons les animaux de façon inhumaine, mais simplement en raison de la propagande exercée par ces fanatiques de la défense des animaux.

Si donc polarisation il y a—et je crains fort que ce ne soit le cas—elle ne se produit qu'en réaction à la polarisation extrême du débat, imputable au mouvement pour la défense des animaux.

Dre Borwein: Il faut bien faire face à la situation. Une conférence sur la sécurité s'est tenue récemment à Washington pour les chercheurs américains et on y a convié un des directeurs de Scotland Yard. Je pense qu'il s'agit d'un des directeurs de Scotland Yard. Cela devrait être la deuxième ou la troisième réunion de ce genre. Le représentant de Scotland Yard comme le Sénat canadien et le FBI ont tous décrété que le Front de libération des animaux était un groupe terroriste.

M. Karpoff: Le Sénat. . .

Dre Borwein: Le Sénat canadien. Il a publié un document sur ce sujet. Je peux vous en donner un exemplaire.

Le problème, c'est que le Front de libération des animaux est l'organe d'intervention, et il a des porte-parole. Ils ont des porte-parole officiels, comme ARC II au Canada ou the *Ethical Treatment of Animals* aux États-Unis. Toutes ces organisations secrètes ont besoin d'appui et, au Canada, il y a un groupe qui appuie le Front de libération des animaux à Toronto et à Edmondon.

Les organismes traditionnels de protection des animaux qui nous tiennent à coeur ont fait de pressions. Vous avez par exemple la prise de contrôle récente de la Société protectrice des animaux de Toronto. Des pressions sont exercées pour atteindre cette radicalisation. Je ne dis pas qu'il s'agit toujours de radicaux, mais les représentants du mouvement pour la défense des animaux exercent d'énormes pressions.

On perd de vue les principaux problèmes en raison de ce que j'appelle les questions secondaires liés à leurs objectifs progressifs ou partiels. Ces gens ne viennent pas déclarer carrément qu'ils sont contre l'utilisation des animaux de laboratoire et qu'ils veulent que ce soit interdit immédiatement. Ils disent simplement qu'ils ne veulent pas qu'on utilise des chiens qui viennent de la fourrière, ou qu'ils ne veulent pas que des animaux servent à tester des produits

[*Texte*]

changeover, if you like, of a fundamental view about relationships between people and animals, and equating of people with animals. This has been one of the most serious consequences of the animal rights movement as opposed to the animal welfare movement.

• 1005

The animal welfare movement wants to see animals well treated, properly treated. There are different dimensions within that movement, and I do not think anybody disagrees with it. When you come to animal rights, the issue is that people and animals are equivalent: you have no right to use an animal for any human purpose whatsoever.

There are famous statements made by people prominent in this movement. Ingrid Newkirk says that a rat is a dog is a pig is a boy: they are all the same; they are all mammals. It is not fair to assume that human life is always more valuable to the world than animal life. . .talking about some person in particular, it was probably worth at least one asthmatic prairie dog. Doris Day, who has a whole organization looking at animal rights, says they should experiment on murderers. Ingrid Newkirk says even if animal research results in a cure for AIDS, they would be against it, because they are against the use of any animals.

So the polarization, I would like to submit humbly, is not of our making. Dr. Bisby said we sat back because we could not believe this kind of thing could really take hold. The polarization has been made. What is happening now is that the people who are really knowledgeable about these things. . .Britain has more than an episode a day now. They have the most stringent rules with regard to the use of animals. That does not protect you from this kind of political, psychological Utopian philosophical approach, which is what basically underlies this. That agenda has already been established. If we are talking in certain ways, we are talking about a reality.

Ms Greene (Don Valley North): I was very much involved with this issue as the former municipal councillor with North York. I do not think these people are all as crazy as you would make out.

Dr. Borwein: No, I do not think they all are.

Ms Greene: We investigated the issue with the University of Toronto labs. As a result, our council developed a policy that we thought would help to reduce the abuse of animals. One of the specific things happening was that the university was buying pets from what appeared to be dognappers. They were largely coming from Montreal. When you visited the lab it was perfectly obvious there were people's pets in this lab. There were animals such as an elderly Bassett hound—you just have to look at the animal and know it is somebody's missing pet.

[*Traduction*]

de beauté. Ils veulent interdire le commerce de la fourrure. Ils veulent interdire la chasse aux phoques ou le commerce de la viande. Ils ont des objectifs partiels, et leur idée c'est de changer la façon traditionnelle de voir les gens, d'une part, et les animaux, d'autre part, et de dire que les deux sont sur le même pied. C'est là une des conséquences les plus graves des activités de ce mouvement pour la défense des animaux par rapport aux groupes de protection des animaux.

Le groupe de protection des animaux veut que les animaux soient bien traités. Je pense que tout le monde reconnaît que ce mouvement a une optique différente. Le groupe pour la défense des animaux part du principe que les gens ne valent pas mieux que les animaux et qu'ils n'ont pas le droit d'utiliser ces derniers à leurs propres fins.

Il y a des déclarations fracassantes faites par des gens bien connus dans ce mouvement. Ingrid Newkirk a déclaré qu'entre un rat, un chien, un cochon et un gamin il n'y avait pas de différence car il s'agissait dans chaque cas de mammifères. Elle a dit que c'était mal de partir du principe que la vie humaine valait plus que la vie d'un animal. . .et, mentionnant quelqu'un qu'elle connaissait, elle a dit que cette personne valait au moins un chien des Prairies asthmatique. Doris Day, qui a sa propre organisation pour la défense des animaux suggère aux chercheurs de prendre des criminels pour cobayes. Ingrid Newkirk a déclaré que même si l'on trouvait un remède pour le sida grâce à l'utilisation d'animaux de laboratoire, elle serait contre ce genre de recherches parce que par principe son organisation est contre l'utilisation des animaux.

Je vous dirais donc en toute déférence que si polarisation il y a, nous n'en sommes pas responsables. Le Dr Bisby a dit que si nous sommes restés muets, c'est que nous avions du mal à en croire nos yeux. Il y a eu effectivement polarisation, et les gens sont plus au courant aujourd'hui. . .il y a plus d'un incident de ce genre par jour en Grande-Bretagne, pays qui a adopté les règles les plus rigides relatives à l'utilisation d'animaux de laboratoire. Nous n'avons toutefois aucune protection face à cette démarche politique, psychologique et philosophique utopique, qui est à la base de tout cela. En fait, c'est déjà devenu une réalité.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Je me suis beaucoup intéressée à la question lorsque j'étais conseillère municipale à North York. Je ne pense pas que ces gens sont aussi fous que vous voudriez nous le faire croire.

Dre Borwein: Non, ils ne sont pas tous fous.

Mme Greene: Nous avons fait enquête sur les laboratoires de l'Université de Toronto et à la suite de cette enquête, notre conseil a adopté une politique visant à contrôler l'usage abusif des animaux. L'université en effet se procurait des animaux qui apparemment avaient été volés à leur propriétaire, en particulier à Montréal. Un simple coup d'oeil au laboratoire, et il était facile de voir s'il s'agissait là d'animaux familiers. Il y en avait par exemple, comme un vieux basset—on voyait bien tout de suite qu'il appartenait à quelqu'un.

[*Text*]

We ended up passing resolutions asking the university to take a more active role in reducing the number of animals they were using for animal experimentation by doing such things as sharing the results of lab experiments. We also looked at the fact that they could make better use of computer simulation and this sort of thing, actually work on reducing the number of animals used.

We also cleaned up our own act because we felt the length of time animals were held by the pound did not adequately allow people to find their pets. We put in a computerized program that would be able to share results with other area municipalities to help people find their pets. We did a number of things before we agreed to release our pets.

You come here and take this point of view that all these people are really quite extreme. I think an awful lot of people there are quite reasonable. The research community has to do a lot more to ensure that people in the community feel confident that the animal experimentation going on is such that it is not abusing animals and is minimizing the number of pets being used.

Quite clearly ypu are right; when you go down there the vast majority of animals being used are not pets. There are an awful lot of mice. There are a lot of cats and dogs being used. There was a chimpanzee.

• 1010

If you start counting numbers and you are counting mice, it seems to me there is clearly a difference between a pet and an animal that is raised for research purposes and duplicated in the way mice can be duplicated.

Your group seems to be addressing the animal rights movement. What are you doing to ensure there is a standard out there and that Canadian consumers and other people are assured that the research community is doing this with some degree of compassion for creatures who are not our equals but nevertheless should be treated with respect? All creatures should be treated with a degree of respect.

Dr. Borwein: I could not agree with you more. I think you are absolutely right, and I agree with you totally about the need to tell the public, to have the confidence of the public.

I try to make the distinction between the vast numbers of people who are interested in animal welfare and the animal rights movement. I do try to separate that off, because I see it that way. We are not talking about people who have very genuine concerns to be reassured that the process is in place, is working, and is good enough. We do not have a problem with people who want better regulation or want to be reassured or want to make suggestions or want whatever. That is not our problem.

[*Translation*]

Finalement, nous avons adopté une résolution demandant à l'université de prendre des mesures précises pour diminuer l'utilisation d'animaux de laboratoire, par exemple en partageant les résultats de leurs recherches avec d'autres laboratoires. Nous avons également mentionné qu'ils pourraient utiliser souvent la simulation informatique et ce genre de méthodes afin d'utiliser moins d'animaux de laboratoire.

Nous avons fait notre propre examen de conscience et reconnu que les fourrières ne gardaient pas les animaux suffisamment longtemps pour permettre à leurs propriétaires de les retrouver. Nous avons mis en place un programme informatique dont nous avons pu faire profiter les autres municipalités voisines pour faciliter les recherches. Nous avons pris un certain nombre de mesures avant d'accepter de nous en débarrasser.

Or vous venez ici nous dire que ces gens-là sont des extrémistes. Je pense, pour ma part, qu'il y a dans ce groupe un grand nombre de gens bien raisonnables. Il faut que les chercheurs en fassent beaucoup plus pour rassurer la population et la convaincre qu'expérimentation n'est pas synonyme de mauvais traitement et que vous n'utilisez que le strict minimum d'animaux de laboratoire.

Vous avez raison de dire la grosse majorité des animaux de laboratoire ne sont pas des animaux familiers, comme on peut le constater lors de visites de laboratoires. On y trouve en effet une énorme quantité de souris. Mais il y a aussi beaucoup de chats et de chiens. J'ai même vu un chimpanzé.

Si vous voulez commencer à faire des calculs et à compter le nombre de souris, vous voyez rapidement qu'il y a une différence entre un animal familier et un animal qui est élevé à des fins de laboratoire et qui se reproduit comme le font les souris.

Votre groupe semble prendre à partie le mouvement pour la défense des animaux, mais que faites-vous vous-même pour garantir que des normes soient en place et que les consommateurs canadiens et toute la population soient convaincus que les chercheurs font preuve de compassion vis-à-vis de ces êtres qui sont peut-être nos inférieurs mais qui devraient néanmoins être traités avec respect? Toutes les créatures vivantes méritent le respect.

Dre Borwein: Je suis bien d'accord avec vous. Je pense que vous avez parfaitement raison et je reconnais avec vous qu'il est nécessaire que la population soit au courant et qu'elle ait confiance en nous.

J'ai essayé de faire la distinction entre le grand nombre de gens qui s'intéressent au sort des animaux et le mouvement pour la défense des animaux. J'ai essayé de faire la distinction, parce que pour moi, elle existe. Ne parlons pas de ceux qui veulent vraiment être convaincus qu'il existe un bon processus qui marche bien. Nous n'avons pas de mal à nous entendre avec ceux qui préconisent une meilleure réglementation ou qui veulent être rassurés ou faire des suggestions. Ce ne sont pas ces gens qui posent un problème pour nous.

[*Texte*]

Our problem is with the people who basically do not want us to use animals in medical research. We are concerned because medical research at the moment cannot get on without them. It is not because we want to use them, but at the moment there is no way out.

You may be interested to know that the actual numbers of animals used in medical research have dropped quite a lot in the last 30 or 40 years, not so much because people have said that they do not want to use animals but because scientists have invented a wide array of methodologies and perfected some already existing ones which have significantly cut down the need to use the animals. I am talking about radioimmunoassay and things of that sort.

Computerization is only useful for information you already have. It does not invent new information, but certain methodologies help you enormously to cut down on the animals. So we would agree completely that reduction of the use of animals is of course important from every point of view. That is not an issue, really, between us. That is not what we are talking about.

I do not know what year you were talking about when you said that they were getting dogs from dognappers, which I think is very regrettable. No institution that I know would want to touch a dognapper with a barge pole.

Ms Greene: They did not say they were dognappers. The reports were that they were people who had dogs for sale.

Dr. Borwein: Was this before the 1970 act?

Ms Greene: No, it was after. I left municipal council in 1985.

Dr. Borwein: The ministry actually has a computerized process for trying to find any animal coming in. In our own institution in the last 10 years we have had a number of inquiries by people asking if we have their pets. We have, I think, in the 10 years found two, which were immediately returned.

Considering the numbers that have passed through in the year, the system is working reasonably well; but—I agree with you—there is always room for improvement. We are not complacent about it. So I do not think we would have an argument about those people who are genuinely concerned for the welfare of the animals, because that is our concern, too, and we can have those discussions very easily.

We are concerned seriously with the people who say that we have no right to use them.

Mr. Calhoun: In the record we should also note that in Canada every year over 1 million dogs are destroyed in pounds. Research requires from 0.06% to 1% of those same animals, who would die the same way, but in the process of dying they go on to serve a higher purpose.

I would have concerns about your allegation or belief system that says that animals were used at the University of Toronto that were procured from dognappers by a circuitous route. You mentioned they had come from Montreal.

[*Traduction*]

Ceux qui nous posent des problèmes, ce sont ceux qui essentiellement sont contre l'utilisation d'animaux de laboratoire pour la recherche médicale. Or, la recherche médicale est incapable de s'en passer pour l'instant, et c'est ce qui nous inquiète. Ce n'est pas que la solution nous plaise, mais pour l'instant, il n'y en a pas d'autre.

Cela vous intéressera peut-être d'apprendre qu'au cours des 30 ou 40 dernières années, les chercheurs médicaux utilisent moins d'animaux de laboratoire, pas vraiment parce que les gens étaient contre mais parce que les scientifiques ont trouvé toutes sortes d'autres méthodes et perfectionné d'anciennes méthodes qui ont permis de diminuer considérablement le nombre d'animaux utilisés, comme le dosage radio-immunologique par exemple.

L'informatique n'est utile que pour les informations qui existent déjà, ce qui ne permet pas de trouver des informations nouvelles. Toutefois, certaines méthodes nous ont permis de diminuer considérablement le recours aux animaux. Nour reconnaissons donc qu'à tous les points de vue, il est important de réduire le nombre d'animaux de laboratoire, mais ce n'est pas vraiment là le problème entre nous et ce n'est pas ce dont nous discutons.

Vous avez parlé de chiens qui avaient été kidnappés, je ne sais pas quelle année ça se passait, mais je trouve cela tout à fait déplorable. Je ne connais aucune institution qui est prête à traiter avec ces kidnappeurs.

Mme Greene: Mais ils ne s'annoncent pas comme tels. Ils disent simplement qu'ils ont des chiens à vendre.

Dre Borwein: Est-ce que ça s'est passé avant l'adoption de la loi de 1970?

Mme Greene: Non, c'était plus tard. J'ai quitté le conseil municipal en 1985.

Dre Borwein: Le ministère possède de fait un système informatique qui vise à repérer les arrivées. Dans notre propre institution, au cours des 10 dernières années, nous avons reçu un certain nombre de demandes de gens qui avaient perdu un animal. En 10 ans, je pense que nous en avons trouvé deux, qui ont été immédiatement remis à leur propriétaire.

Étant donné le nombre d'animaux qui passent par nos laboratoires au cours de l'année, cela veut dire que le système marche raisonnablement bien; je reconnais toutefois avec vous qu'il est perfectible. Nous ne nous reposons pas sur nos lauriers. Nous n'avons donc pas de mal à nous entendre avec ceux qui s'intéressent véritablement à la protection des animaux, parce que c'est là également notre souci et nous n'avons aucun problème de communication avec eux.

Notre problème, c'est qu'il y a des gens qui disent que nous n'avons pas le droit de faire ce genre de recherche.

M. Calhoun: Aux fins du compte rendu, nous devrions également faire remarquer que chaque année au Canada, on détruit plus d'un million de chiens dans les fourrières. On a besoin de 0.06 à 1 p. 100 de ces animaux qui sont de toute façon condamnés mais dont la mort ainsi n'est pas vaine.

Ce qui m'inquiète, c'est que vous avez dit que vous croyez que l'Université Toronto utilise des animaux qui lui sont fournis de façon indirecte par des kidnappeurs et vous avez dit que ces animaux venaient de Montréal.

[*Text*]

Ms Greene: One of the reasons we agreed to them using pound animals was we asked them to stop purchasing from these people.

Mr. Calhoun: I find that comment really of concern to me, because Partners comes from the position that that does not happen and that the Animals for Research Act in Ontario strictly regulates the source of pound animals. As Dr. Borwein and Dr. Bisby have said prior to my comments, these animals are dying. They are going to die. There is a need for animals in research.

• 1015

We have talked about the epidemics that are paramount in society, AIDS being a classic example. I just used that. I have been doing some work in classrooms these last couple of weeks, and one of the questions I asked the students—not my students—is what concerns them most greatly in today's world? Without exception, the fear in our young people is AIDS. Interestingly enough, when I asked who understood the term "polio", and I have now spoken to five grade eight classes, I have not yet found a student who knows what polio is. That was the fear when I was a young person. I equate polio to their fear today with AIDS.

I also found a 41-year-old male teacher who did not know what polio was. They do not know what the iron lung is. They do not know the process, the evolution of medical science. The kids do not know why they go down every second year and get an innoculation in their arm. It is a ritual they go through, and the teachers did not know what that innoculation was for. I can attest to that. I have now come through four of a series of seven classroom exposures, and that is the result of four exposures. I have talked to over one hundred students at random in grade eight. I take that to be generally indicative of today's society.

We have lost touch with the tremendous contribution medical science has made, which has without exception been inextricably tied to the use of animals in biomedical research. You are here today, a healthy young woman, because you have come through a health care system that has made it possible for you. If we were here at the turn of the century, when the average life expectancy was 45 years, a lot of us would not be here to talk about it. Today a man can reasonably expect to be in his late 70s and a woman well into her 80s—you ladies are still doing to it to us—but that is because of the contribution made by biomedical research.

There is a radical fringe in society whose belief system wants to alter that. My concern is not the vast number of people concerned for the welfare of animals. I am really concerned about the actions taken in society today by people who have a position of influence based on an emotion created by false information.

Ms Greene: Have you developed a protocol or anything with the members of your organization as far as research is concerned?

[*Translation*]

Mme Greene: Nous leur avons demandé de refuser d'acheter des animaux à ces gens et c'est pourquoi nous ne leur avons pas interdit d'utiliser les animaux de fourrière.

M. Calhoun: Ceci m'inquiète vraiment. À Partners, en effet, nous sommes convaincus que ces choses-là n'arrivent pas et que la loi de l'Ontario sur les animaux destinés à la recherche règlemente la provenance des animaux de fourrière. Comme me l'ont dit les docteurs Borwein et Bisby avant que je prenne la parole, ces animaux sont voués à l'extermination et les chercheurs ont besoin d'animaux de laboratoire.

Nous avons parlé des épidémies qui font rage dans la société, témoin le sida. C'est l'exemple que je vais prendre. Depuis quelques semaines, je me rends dans des salles de classe et je pose des questions aux élèves—ce ne sont pas mes élèves—et je leur demande quel est le plus grave problème aujourd'hui, et sans exception, tous ces jeunes me répondent «le sida». Par contre, je me suis déjà adressé à cinq classes de huitième année, et chaque fois que j'ai demandé s'il y avait quelqu'un qui savait ce qu'était la polio, aucun d'entre eux n'a su répondre. Or, quand j'étais jeune, l'épouvantail, c'était la polio. La polio de mon temps, c'est le sida d'aujourd'hui.

J'ai même trouvé un enseignant de 41 ans qui ne savait pas ce qu'était la polio. Ils n'ont jamais entendu parler des poumons d'acier. Ils ne savent comment la science médicale évolue. Ces gamins ne savent pourquoi, tous les deux ans, ils se font vacciner. C'est un rituel qu'il suivent, et les enseignants ne savent pas à quoi sert ce vaccin, je vous l'affirme. Sur les sept classes dans lesquelles je dois me rendre, j'en ai déjà visité quatre et voyez le résultat obtenu. Je me suis adressé à plus de 100 élèves de huitième année. Je pense que cette expérience donne une bonne idée de la société d'aujourd'hui.

Nous avons perdu de vue l'énorme contribution apportée par la science médicale, la contribution qui a été liée inextricablement l'utilisation d'animaux de laboratoire en recherche biomédicale. Si vous êtes aujourd'hui une jeune femme en bonne santé, c'est grâce aux soins de santé que vous avez reçus. Si nous étions nés au début du siècle, alors que la moyenne d'âge était de 45 ans, il n'y en pas beaucoup d'entre nous qui seraient encore là. Aujourd'hui, un homme peut raisonnablement s'attendre à vivre jusqu'à 70 ans bien sonnés et une femme à mourir dans les 80 ans—chapeau, mesdames—et c'est en raison de la contribution apportée par la recherche biomédicale.

Il existe un groupe de radicaux en marge de la société qui voudraient tout bouleverser en raison de leurs croyances. Ce n'est pas le grand nombre de personnes qui s'intéressent à la protection des animaux qui m'inquiète, mais les actes commis par certains membres de notre société aujourd'hui qui exercent de l'influence pour des raisons émotives basées sur des informations erronées.

Mme Greene: Est-ce que les membres de votre organisation ont mis au point un protocole relatif à la recherche?

[*Texte*]

Mr. Calhoun: What do you mean by protocol, please?

Ms Greene: Conditions under which you will use animals and—

Mr. Calhoun: That is not in the mandate of Partners in Research.

Dr. Bisby: This is the Canadian Council on Animal Care's guidelines for experimental animals, and this is 300-plus pages.

Ms Greene: I think what people would like to see more than that is a review of proposed experiments with an analysis of whether alternatives to animals can be used.

Dr. Bisby: The first five minutes of my presentation were dealing with this and I have included a short written document. I pointed out that full research is conducted in universities—in fact, in any Canadian institution in which animals are used. There has to be approval at a local level by a local animal care committee, which—

Ms Greene: They are all appointed by the university.

Dr. Bisby: They are appointed by the university, but they consist not only of animal users, but also of non-animal users. At my own institution, which is Queen's, 50% of the committee are not animal researchers. So I think the argument of the fox looking after the henhouse, which is what you hear from animal rights groups, is simply not true.

Speaking from my personal experience as a user of animals, one always gets questions from the committee. It is not a rubber stamp. They always have questions. They make some comments about how you should modify your protocol. It is not a rubber stamp and it is not the fox looking after the henhouse.

Dr. Borwein: I do not sit on an animal care committee, but I am the chairman of the review board for all research involving human subjects in the health sciences at our university. I also chair the university's health sciences Barr safety committee.

There has grown up in Canada a system of in-house regulation that works very well. We do the same with radio isotopes. The method evolved by the Canadian Council on Animal Care of the institutional animal care committees has been copied abroad and emulated because it works so well without the whole bureaucracy, without an enormous expense and without the difficulty of legislation when you want things to evolve and change. It is much easier to have it evolving and changing than it is to have a whole regulated procedure by legislation.

• 1020

The ethics review boards function in very much the same way. Until recently there was not even a Canada-wide fire ethics council, but there is now. Those committees function in the same way. We have on them people representing various sciences in which, of course, they have to be knowledgeable in dealing with those protocols.

[*Traduction*]

M. Calhoun: Qu'entendez-vous par protocole?

Mme Greene: Les conditions dans lesquelles on peut utiliser des animaux de laboratoire et. . .

M. Calhoun: Cela ne fait pas partie du mandat de Partners in Research.

Dr Bisby: Tenez, voici les directives relatives aux animaux de laboratoire publiées par le Conseil canadien de protection des animaux; c'est un document de plus 300 pages.

Mme Greene: Je pense que ce que les gens préfèreraient, c'est qu'on revoie les expériences proposées en analysant d'autres solutions possibles que le recours aux animaux de laboratoire.

Dr Bisby: J'en ai parlé dans les cinq premières minutes de mon exposé et j'ai même inclus un petit texte écrit, dans lequel je faisais remarquer que, dans les universités canadiennes, en fait dans toutes les institutions canadiennes qui ont des animaux de laboratoire, on faisait de la recherche. Cette recherche devait être approuvée au niveau local par un comité local de protection des animaux, lequel. . .

Mme Greene: Ces gens-là sont nommés par l'université.

Dr Bisby: Ils sont nommés par l'université, mais le groupe n'est pas simplement composé d'utilisateurs. Dans ma propre université, à Queen's, la moitié des membres ne sont pas des chercheurs. Ainsi, lorsque les représentants du mouvement pour la défense des animaux nous disent que nous avons le loup dans la bergerie, cela ne tient tout simplement pas.

Je suis chercheur moi-même et j'utilise des animaux et, d'après mon expérience personnelle, les membres du comité nous posent toutes sortes de questions et ne nous donnent pas automatiquement l'autorisation. Je suggère des modifications à votre protocole. Il n'y a donc pas d'autorisation automatique et on n'a pas mis le loup dans la bergerie.

Dre Borwein: Je ne fais partie de comités pour la protection des animaux, mais je préside le conseil d'études de toutes les recherches humaines effectuées par notre université dans le domaine des sciences de la santé. Je suis également président du comité de sécurité des sciences de la santé de l'université.

On a mis petit à petit au point au Canada un système de règlementation interne qui donne de très bons résultats. Nous procédons de cette façon pour les radio-isotopes. La méthode mise au point par le Conseil canadien de protection des animaux à l'intention des comités de protection des animaux a fait des émules à l'étranger car la paperasserie n'est pas énorme, le coût est raisonnable, et on n'a pas besoin d'un projet de loi lorsqu'on veut changer quelque chose. Il est beaucoup plus facile d'avoir un processus évolutif qu'un processus réglementé par voie législative.

Les comités d'examen déontologique fonctionnent à peu près de la même façon. Jusqu'à tout récemment, il n'y avait même pas de conseil de déontologie des avocats, mais il y en a maintenant un. Ces comités fonctionnent de la même façon. Ils se composent de gens qui représentent diverses disciplines scientifiques qu'ils doivent bien sûr connaître à fond pour pouvoir appliquer ces protocoles.

[*Text*]

We have community representatives. We have a legal representative. They are appointed by the universities. It is the universities' business to see that they work really well. It is terribly important to the research process and to guarantee that everything is done in a good way, that it should be a fully functioning body. People take the job very seriously and regard it almost as a matter of prestige to serve on it.

We do the same with the fire safety committee. We do the same with the radio isotopes, which also functions under Atomic Energy of Canada. Recently there were some suggestions raised under the Environmental Protection Act that there would be a whole bureaucracy set up in Ottawa that would regulate all activities regarding fire safety. It was turned down by a major workshop that was called across Canada because the in-house regulatory processes evolved in Canadian institutions works, and it works without great expense. It is a volunteer activity in that sense, but it works because it is absolutely essential that it should work well for the protection of the subjects and the protection of the university.

I do not think it is a valid criticism, because the important thing is that it works. Ottawa University keeps appointing its own professors. Nobody else has input as to who appoints the professors. We have a system in this way that functions right across and it works well. I think this is the one thing.

The other issue I would really like to address is the so-called "alternatives" issue. This is a word that has become current in all the animal rights literature and now in the whole animal welfare movement. It is not a word well understood in the sciences because, for all scientific progress to occur and for things to be done as best as possible, you must use the most appropriate, the most efficient and the most yielding methodology.

We never look at things as "an alternative". The use of animals is only one component of medical research. Our university, for example, passes about the same number of protocols using human subjects as we have using animal subjects in a year. In addition, even if you are using animals, this can form a very small component of what you actually do. In my own research, for example, if we do an experiment on an animal, we can spend three months analysing those tissues by electromicroscopy and by chemical tests and so on.

I would not regard electromicroscopy as an alternative. It is one of the ways in which we do research. I do a certain amount of organ culture, but this is not regarded as an alternative. It is part of how the research proceeds to get the best possible answers.

[*Translation*]

Nous avons aussi des représentants de la collectivité, ainsi qu'un avocat. Ces gens sont nommés par les universités. C'est à elles qu'il incombe de s'assurer que les comités fonctionnent vraiment bien. Il est extrêmement important pour la recherche, et pour garantir que tout se passe correctement, que cet organisme soit pleinement fonctionnel. Les gens prennent leur travail très au sérieux et la participation à ces comités est auréolée d'un grand prestige.

Nous faisons la même chose pour le comité de sécurité-incendie, ainsi qu'avec les radio-isotopes, qui relèvent également d'Énergie atomique du Canada. Par suite de l'adoption de la Loi sur la protection de l'environnement, on a suggéré d'établir à Ottawa toute une bureaucratie pour réglementer toutes les activités de sécurité-incendie. Elle a été rejetée à l'occasion d'un atelier réunissant des participants de tout le Canada parce que la réglementation interne des institutions canadiennes fonctionne bien, sans qu'il en coûte trop cher. En ce sens, c'est une activité volontaire, mais cela fonctionne parce qu'il est absolument essentiel qu'elle fonctionne bien pour la protection des sujets visés et de l'université.

Je ne pense pas que cette critique tienne parce que, ce qui est important, c'est que cela fonctionne. L'Université d'Ottawa continue de nommer ses propres professeurs. Personne d'autre n'a son mot à dire là-dedans. Nous avons un système de ce genre qui fonctionne très bien, dans tous les domaines. Je pense que cela répond à un aspect de votre question.

L'autre question dont je tiens à parler, c'est ce qu'on appelle la question des «solutions de remplacement». C'est une expression qui est maintenant courante dans toute la documentation sur les droits des animaux et qu'utilise fréquemment le mouvement de défense des animaux. Mais cette expression n'est pas très bien comprise dans le domaine scientifique parce que, pour accomplir des progrès et faire les choses le mieux possible, il faut utiliser les méthodes les plus appropriées, les plus efficaces et les plus souples.

Nous ne considérons jamais les choses comme des «solutions de remplacement». L'utilisation d'animaux ne constitue qu'un seul aspect de la recherche médicale. Par exemple, notre université a à peu près le même nombre de protocoles chaque année pour les sujets humains et pour les sujets animaux. En outre, même si on utilise des animaux, cela peut être un élément très restreint de ce qu'on fait en réalité. Par exemple, pour mes propres recherches, si j'ai fait des expériences sur les animaux, je peux passer trois mois à analyser les tissus prélevés, par microscopie électronique, par analyses chimiques, etc.

Je ne considérerai pas la microscopie électronique comme une solution de remplacement. C'est une des façons de faire de la recherche. Je pratique des cultures d'organes, mais il ne s'agit pas pour moi d'une solution de rechange. Cela fait partie des moyens de recherche à utiliser pour obtenir les meilleures réponses possibles.

[*Texte*]

I asked a very prominent physiologist recently how he spends most of the day. The animal rights people had been attacking him and they thought he was spending all day cutting up animals. He said he actually spent most of his day at a centrifuge but nobody would call him a centrifuger.

We have this job—and I think you are right—to get out there and to explain to people much more what we do. We do not see there is an alternative or there are alternatives. There are methodologies. We cannot simulate the operation of a single cell. It is easier to put a man on the moon than to understand what goes on within a single cell. The integrated cascade of events that occurs to make each cell work and each cell work with each organ system is absolutely boggling in its complexity.

We cannot reconstruct it. The only things we have to work on are other living cells. Cell and tissue culture have evolved enormously since it was first started in the earlier part of this century. It has only become very possible to use in a very widespread way with the advent of antibiotics and the advent of knowledge about substrates, birth factors and hormones.

We have the statistics that the number of experimental procedures that are used—experiments that use cell and tissue culture—is enormous. They use it alongside it, not necessarily instead of it. Where do the cells come from? Where do the organs come from? They still come from animals. You still have to get an animal source.

I think the issue of the so-called alternatives is one of those issues that has been used to make it seem that the researchers are callous and persist in using animals when they do not need to when you could use computers, chromatograpy and some tissue culture. But every one of those methods has been invented by scientists. Not a single one of them has arisen from the targeted hunt for an alternative. They have been invented in other sciences and absorbed. For instance, the electron microscope was not invented by a biologist, it was invented by physicists, but very very quickly absorbed into the sciences. So I see the alternatives talk as partly our fault that we have not explained well enough how research proceeds, and the other is used by the animal rights people as a deliberate red herring.

• 1025

Dr. Bisby: It is not so much alternatives as complements. The various technologies that are available to medical research complement each other. In my own field, tissue culture, experimentation, human post-mortem studies and animal research as well, epidemiological studies, they all complement each other and build toward a consensus that ultimately leads towards therapy. One is really indispensable without the other. The are all parts of a pillar of an edifice of

[*Traduction*]

J'ai demandé récemment à un physiologiste très éminent à quoi il consacrait la majeure partie de ses journées. Les défenseurs des droits des animaux l'avaient attaqué, croyant qu'il passait ses journées à disséquer des animaux. Or il m'a dit qu'il passait le plus clair de son temps devant une centrifugeuse, mais personne ne songerait pour autant à l'appeler un centrifugeur.

Je pense que vous avez raison de dire que nous devons sortir de nos laboratoires et expliquer beaucoup mieux à la population ce que nous faisons. Nous pensons qu'il n'y a pas vraiment de solution de remplacement, mais plutôt des méthodologies différentes. Nous ne pouvons pas simuler le fonctionnement d'une cellule isolée. Il est plus facile d'envoyer un homme sur la lune que de comprendre ce qui se passe dans une cellule isolée. La cascade d'événements indissociables qui se produisent pour permettre à chaque cellule de fonctionner, par elle-même et à l'intérieur de l'organisme, est d'une complexité absolument effarante.

Nous ne pouvons pas la reconstituer. La seule chose sur laquelle nous puissions travailler, ce sont d'autres cellules vivantes. La culture cellulaire et tissulaire a évolué considérablement depuis ses débuts, au début du siècle. Elle n'est maintenant possible de façon généralisée que depuis la découverte des antibiotiques et l'acquisition de connaissances sur les substrats, les facteurs de reproduction et les hormones.

D'après les statistiques dont nous disposons, le nombre de méthodes expérimentales qui sont utilisées, et qui font appel à la culture cellulaire et tissulaire, est énorme. Ces méthodes sont utilisées parallèlement à la recherche sur les animaux, et non pas nécessairement pour la remplacer. D'où viennent ces cellules? D'où viennent ces organes? Ils viennent encore d'animaux. Il faut quand même les prélever sur des animaux.

Je pense que cette question des supposées «solutions de remplacement» a été utilisée pour faire croire que les chercheurs sont insensibles et qu'ils persistent à utiliser des animaux même si cela n'est pas nécessaire, puisqu'ils pourraient utiliser l'informatique, la chromatographie et la culture de tissus. Mais toutes ces méthodes ont été inventées par des scientifiques. Il n'y en a pas une seule qui soit née d'une recherche précise de solutions de remplacement. Elle ont été inventées dans d'autres disciplines scientifiques et absorbées par la nôtre. Par exemple, le microscope électronique n'a pas été inventé par un biologiste, mais bien par des physiciens, mais il a été absorbé très rapidement dans le domaine des sciences. Donc, si l'on parle tellement de solutions de remplacement, c'est en partie de notre faute, parce que nous n'avons pas assez bien expliqué comment nous faisons nos recherches et aussi parce que les défenseurs des droits des animaux s'en servent délibérément pour faire diversion.

Dr Bisby: Il ne s'agit pas vraiment de solutions de remplacement, mais plutôt de compléments. Les diverses techniques possibles pour la recherche médicale se complètent les unes les autres. Dans mon propre domaine, la culture de tissus, l'expérimentation, les autopsies sur les humains et la recherche animale, ainsi que les études épidémiologiques se complètent les unes les autres et finissent par nous permettre d'établir un consensus qui mène

[*Text*]

medical research. You take one away and the whole structure is weakened. They are not alternatives, they are complements.

Mr. Halliday (Oxford): Mr. Chairman, I want to join in welcoming our witnesses here today. I have enjoyed the qestioning we have heard, but I hope that most of the questions of my colleagues have been as devil's advocates rather than as seriously concerned about the situations I might get the feeling they are.

I think there is need for the committee to know a little more about our witnesses. Two of them, obviously, are scientists and researchers, but Mr. Calhoun I have known for about 15 years because one time we have been political adversaries, his background—

An hon. member: He is obviously a good person.

Mr. Halliday: That is right. I would like to stress his background. If I am not mistaken, it is accounting, is it not?

Mr. Calhoun: Yes.

Mr. Halliday: While he was doing that job with a very large firm in London, Ontario, he managed to be the national campaign director for the Canadian Cancer Society for several years, indicating his commitment to the people of Canada in a voluntary way. Since he is retired he is now doing this in, I guess, virtually a voluntary way as well; that is, working for the welfare of Canadians.

I can understand why skeptics might view our scientists as being somewhat prejudiced and self-interested. I can understand that as being possible. Being one myself, I can appreciate that. Certainly, Mr. Calhoun does not have that background at all and I think that increases the credibility of the witnesses we have here today, the fact that he has seen fit, with his background as a server of Canadians, to be concerned about what is happening in the scientific community because of the actions of these animal rights people. I think that has to be borne in mind by all of us on the committee.

Dr. Borwein, you began with a very interesting quote from *Nature* magazine. I am wondering whether you have the exact source of it.

Dr. Borwein: Yes, August 9, 1990. It is the editorial in *Nature*.

Mr. Halliday: The reason I ask is that I mentioned before the committee started that Dr. Fraser Mustard, who was here last night, referred in some detail to a later edition, I think, of that same magazine. Is it a monthly magazine?

Dr. Borwein: Weekly.

Mr. Halliday: I think he referred to an issue in September, but it had the same message in it about the importance of innovation and the importance of research. I was fascinated by the fact that you picked up on the very same thing that Dr. Mustard told us about last evening.

[*Translation*]

en définitive à une thérapie. L'un ne va pas sans l'autre. Toutes ces méthodes constituent des piliers d'un même édifice, la recherche médicale. Si on en supprime une, on affaiblit l'ensemble de la structure. Il ne s'agit pas de solutions de remplacement, mais bien de compléments.

M. Halliday (Oxford): Monsieur le président, je voudrais moi aussi souhaiter la bienvenue à nos témoins. Les questions auxquelles ils ont répondu m'ont beaucoup intéressé, mais j'espère que mes collègues se sont faits les avocats du diable, dans la plupart de leurs questions, et qu'ils ne sont pas vraiment aussi inquiets de la situation qu'ils semblent l'être.

Je pense qu'il serait bon que les membres du comité en sachent un peu plus sur nos témoins. De toute évidence, il y en a deux qui sont des chercheurs scientifiques, mais je connais M. Calhoun depuis une quinzaine d'années parce que nous avons déjà été adversaires politiques; ses antécédents. . .

Une voix: C'est de toute évidence un brave homme.

M. Halliday: C'est exact. Mais j'aimerais vous signaler ses antécédents. Si je ne me trompe, il a une formation de comptable, n'est-ce pas?

M. Calhoun: Oui.

M. Halliday: Au moment où il travaillait comme comptable pour une très grande firme de London, en Ontario, il a également occupé le poste de directeur national de la campagne de levée de fonds de la Société canadienne du cancer, pendant plusieurs années, ce qui montre bien qu'il est prêt à aider bénévolement la population du Canada. Depuis sa retraite, il s'occupe maintenant de cette question, et je suppose que c'est également à titre bénévole, ou à peu près; il travaille encore là pour le bien-être de tous les Canadiens.

Je comprends pourquoi certains sceptiques peuvent considérer que les scientifiques ont peut-être des préjugés et des intérêts personnels à défendre. C'est possible. Puisque je suis moi-même un scientifique, je peux comprendre ce genre d'argument. Mais M. Calhoun ne vient pas du tout de ce milieu, et je pense que cela augmente la crédibilité des témoins qui sont ici aujourd'hui, puisqu'il a jugé bon, après avoir défendu les intérêts des Canadiens dans d'autres causes, de s'intéresser à ce qui se passe dans la communauté scientifique à cause des activités des défenseurs des droits des animaux. Je pense que nous devrions tous en tenir compte.

Docteur Borwein, vous avez commencé par nous citer un extrait très intéressant de la revue *Nature*. Je me demande si vous pourriez nous en donner la source exacte.

Dre Borwein: Oui, c'est un extrait du numéro du 9 août 1990; il s'agissait de l'éditorial de la revue *Nature*.

M. Halliday: Si je vous demande cela, c'est que j'ai mentionné avant que le comité commence ses travaux, que M. Fraser Mustard, qui était ici hier soir, nous a parlé en détail d'un numéro ultérieur, je crois, de cette même revue. S'agit-il d'une revue mensuelle?

Dre Borwein: Hebdomadaire.

M. Halliday: Je pense qu'il nous a parlé d'un numéro paru au mois de septembre, mais on y trouvait le même message sur l'importance de l'innovation et de la recherche. J'ai trouvé fascinant de voir que vous vous êtes inspirée exactement de la même source que M. Mustard hier soir.

[*Texte*]

A lot of the questions I had have been asked already, but I would like to pursue this a little bit. Dr. Borwein, you mentioned that in the States there is $400 million raised by these animal rights people. Where do they get that kind of money? Have you any idea?

Mr. Calhoun: The money is garnered, if you like, through campaigns conducted by historically major institutions such as Humane Societies and part of the process has been to do a takeover of Humane Societies and thus acquire their assets. That is part of it.

The other is that there is an ongoing funding by established animal rights groups appealing for funds. Some of them are fairly blatant, quite frankly, but it is emotional money and well-intended. I myself contribute to the Humane Society because I believe in the work they are doing, but the Humane Societies that are under control of the animal rights movement. . .the Toronto Humane Society would be a classic example, which came under the control of ARK II, and then you had the New England Anti-Vivisection Society, which was taken over through the auspices of PETA, People for the Ethical Treatment of Animals.

• 1030

There is an ongoing campaign for funds through the SPCA and so on, and the money is channelled in. But lot of it is direct appeal, and it does get results. There is an establishment here in Ottawa, for example, that placed an advertisement in the paper, and the reason for the advertisement was to fund alternatives. There was a montage of animals used in the ad, and in the ad there was a falcon, which we know to be an endangered species. A falcon is not used in research. But the perception was that this was an endangered species being used in research, so it tied it to that environmental thing. And it is ongoing.

We talked about a 10-year period here. There has been what we in Partners in Research regard as a 10-year courtesy vacuum, which has been given by the research and scientific community. It believed this fringe element, and I emphasize fringe element, to be misguided people with their own agenda. It was thought that they would probably think things through differently. That is not happening.

Mr. Halliday: As we heard their presentation I wondered just in what way our committee could be useful in trying to alleviate some of the problems that have been brought to our attention, from a federal perspective. They ended up with a recommendation for a federally sponsored investigation. That might well be something which could be considered. But when it comes to appropriate control to be put in place, do you think an investigation should be within the jurisdication of the federal goverment, or should it be more in the domain of a provincial government?

[*Traduction*]

Vous avez déjà répondu à beaucoup des questions que je voulais poser, mais j'aimerais avoir plus de détails sur le point suivant. Docteur Borwein, vous avez mentionné que le mouvement pour la défense des animaux a réussi à recueillir aux États-Unis une somme de 400 millions de dollars. Où prend-il cet argent? En avez-vous une idée?

M. Calhoun: Cet argent est recueilli à l'occasion de campagnes menées par des grandes institutions traditionnelles comme les sociétés de protection des animaux, et le mouvement a en outre adopté une tactique qui consiste à acquérir les éléments d'actifs des sociétés de protection des animaux et d'en prendre le contrôle. Cela fait partie de cette tactique.

Le mouvement est également subventionné de façon continue par des groupes bien établis de défense des animaux qui demandent des fonds à la population. Bien franchement, leur objectif est parfois assez évident, mais ils font appel aux sentiments et aux bonnes intentions des gens. Je verse moi-même une contribution à la Société de protection des animaux parce que je crois qu'elle fait du bon travail, mais les sociétés qui sont contrôlées par le mouvement pour la défense des animaux. . . la société de Toronto en serait un exemple classique; elle est maintenant sous le contrôle du groupe ARK II. Il y a aussi la New England Anti-Vivisection Society, qui est maintenant sous le contrôle du groupe PETA, People for the Ethical Treatment of Animals.

La Société canadienne de protection des animaux recueille des fonds de façon continue, et cet argent est ensuite réparti. Mais il y a aussi beaucoup de sollicitations directes, et cela donne des résultats. Il y a par exemple un groupe d'Ottawa qu a publié une annonce dans le journal afin de financer les solutions de rechange. Cette annonce présentait un montage d'animaux, où figurait notamment un faucon, qui est une espèce en voie de disparition comme tout le monde le sait. Or, nous n'utilisons pas de faucons pour la recherche. Mais cette annonce laissait entendre que cette espèce menacée était utilisée pour la recherche, ce qui rattachait toute cette question à la question de l'environnement. Et cela continue.

Nous avons parlé tout à l'heure d'une période de dix ans. Le groupe «Partners in Research» considère que la communauté scientifique a attendu dix ans, par courtoisie. Elle estimait que ce mouvement marginal, et je dis bien «marginal», se composait de gens mal informés qui avaient leurs propres intérêts à défendre. On pensait qu'ils finiraient par changer d'idée, mais cela ne s'est pas produit.

M. Halliday: En écoutant leur exposé, je me suis demandé de quelle façon notre comité pourrait aider à résoudre certains des problèmes qui nous ont été signalés, dans une perspective fédérale. Ils nous ont finalement demandé de recommander la tenue d'une enquête sous les auspices du gouvernement fédéral. Ce pourrait être intéressant. Mais, en ce qui concerne la mise en place de mesures de surveillance appropriées, pensez-vous qu'une enquête de ce genre relèverait du gouvernement fédéral ou si elle devrait plutôt être confiée aux gouvernements provinciaux?

[*Text*]

Mr. Calhoun: I believe, Dr. Halliday, that it would be appropriate to be an action at the federal level. In the U.S. there is a parallel activity going on. It is called the Heflin bill and it is at the federal level. I have a copy of that bill which we would be pleased to leave. Essentially, the bill sets in place criteria which would protect the research community. If you like, I could read this into the record. It would take about three minutes. Would that be appropriate?

The Chairman: Okay. Go ahead and read it. We have time.

Mr. Calhoun: This is a speech from Senator Heflin, regarding the Animal Research Facilities Protection Act, an amendment to the Animal Welfare Act. He says:

> The Animal Research Facilities Protection Act legislation I introduced today is designed to deter crimes committed against the great research institutions of this country. The fact that the United States is the pre-eminent leader in contributing life-saving cures and life-improving treatment for the diseases which plague the world should be a source of pride for our citizens. Most of us are grateful that animal research helped lead to the eradication of polio and other childhood diseases and provided relief from the suffering caused by heart disease, stroke, diabetes, and countless other illnesses. We are grateful too that scientists continue to seek solutions to maladies which still beset us, like Alzheimer's disease, AIDS, cancer, mental illness, spinal chord and head injuries.
>
> Unfortunately there are some people so opposed to the use of animals in this essential research that they are setting fire to research facilities or breaking into laboratories to steal animals and destroy equipment, records, and research data. There are dozens of recent examples. The latest incident occurred this week.

• 1035

And then he goes on to talk about the particular incident:

> A group calling itself The Animal Liberation Front claimed responsibility for the arson, theft, and intimidation. Their press release claimed the Arizona raid was conducted as an act of mercy and compassion for the individual animals and also as part of a larger international campaign against the scientific and medical industry. Similar illegal acts in the name of animal rights have occurred across the country. Their frequency and severity are escalating in the U.S.

[*Translation*]

M. Calhoun: Il me semble, monsieur Halliday, qu'une enquête au niveau fédéral serait appropriée. Il y a déjà une activité de ce genre qui a été entreprise aux États-Unis; il s'agit du projet de loi Heflin, qui a été présenté au niveau fédéral. J'ai ici une copie de ce projet de loi, que je me ferai un plaisir de vous laisser. En gros, le projet de loi établit certains critères qui permettraient de protéger les chercheurs. Si vous le voulez, je pourrais vous le lire pour le compte rendu. Cela me prendrait environ trois minutes. Est-ce que ce serait une bonne idée?

Le président: D'accord. Lisez-le. Nous avons le temps.

M. Calhoun: Il s'agit d'un discours prononcé par le sénateur Heflin au sujet d'un projet de loi sur la protection des installations de recherche où sont utilisés des animaux, qui modifierait la Loi sur la protection des animaux.

> Le projet de loi sur la protection des installations de recherche où sont utilisés des animaux, que j'ai déposé aujourd'hui est destiné à prévenir les attaques contre les grands établissements de recherche de notre pays. Le fait que les États-Unis jouent un rôle de premier plan dans la recherche pour des traitements qui peuvent sauver des vies et améliorer la qualité de vie des malades qui souffrent de diverses maladies affligeant notre monde aujourd'hui, devrait être une source de fierté pour nos citoyens. La plupart d'entre nous admettent avec reconnaissance que la recherche sur les animaux a contribué à l'éradication de la polio et d'autres maladies infantiles et à alléger les souffrances des personnes atteintes de maladies cardiaques, de diabète et de nombreuses autres maladies, ainsi que des victimes d'attaques d'apoplexie. Nous sommes également reconnaissants de voir que les scientifiques continuent à chercher des solutions aux maladies qui nous affligent encore, par exemple la maladie d'Alzheimer, le sida, le cancer, les maladies mentales et les blessures à la colonne vertébrale et à la tête.
>
> Malheureusement, il y a des gens qui s'opposent à l'utilisation des animaux pour cette recherche essentielle, à un point tel qu'ils mettent le feu aux centres de recherche ou qu'ils s'introduisent par effraction dans les laboratoires pour y voler les animaux et y détruire l'équipement, les dossiers et les données de recherche. Il y a des dizaines d'exemples récents de ce genre de chose. Le dernier de ces indidents s'est produit cette semaine.

Il parle ensuite de cet incident en particulier:

> Un groupe qui se désigne sous le nom de Animal Liberation Front a revendiqué la responsabilité de cet incendie criminel, de ce vol et de ce geste d'intimidation. Il a affirmé dans son communiqué de presse que ce raid mené en Arizona était en fait un acte de pitié et de compassion pour les animaux qui se trouvaient à cet endroit, ainsi qu'un élément d'une campagne internationale plus vaste contre l'industrie scientifique et médicale. On a assisté à des actes illégaux de ce genre, perpétrés au nom des droits des animaux, dans diverses régions du pays. Ils se font de plus en plus fréquents et de plus en plus graves aux États-Unis.

[*Texte*]

In Great Britain, where the pattern of illegal animal protest predates our own, bombs have been planted in researchers' cars and in university buildings. In this country, many death threats and other harassment of researchers is not reported by the press in order to protect scientists and their families.

Scientists from research facilities in my own state tell me that the situation has worsened. The victims of the illegal acts of animal liberation supporters are not only research institutions and their staff, but all of us. The immediate cost of crimes against research facilities is severe, but the ultimate cost to society as a whole is inestimable. Lost research time and information mean the delay or loss of products of that research. The real price of the crime my legislation seeks to prevent is paid by all those who are waiting for cures and treatment for their afflictions. Human beings of course will pay the price, but so will all animal life, for animals as well as people benefit from research.

Extremists who perpetrate crimes in the name of animal rights ignore not only the rights of others, but also their own rights of free speech. Responsible dissent is protected by law—none of us would have it any other way. But the ideological terrorists and vigilantes who take the law into their own hands must be stopped.

Everyone can agree that we owe an enormous debt to research animals. Laboratory animals should be utilized only when necessary and must be well-cared for and respected for humane as well as scientific reasons. But no one can condone lawless and senseless destructive acts for whatever reason they are motivated.

The Animal Research Facility Protection Act is needed to support law enforcement efforts around the country. Crimes against the nation's research facilities should be federal offences. The federal investigative capability and legal system must be brought to bear against research sabotage that threatens the future health of the nation.

No single state is able to provide the legal protection required to combat crime arising from interstate and possibly even international saboteurs. The criminals responsible for Monday's arson, thefts, and public health threatening Arizona say that concrete and steel doors will not stop them. They say they will be coming back until all research with animals is stopped. Their attitude is an affront to common sense. I contend that it is the animal terrorists who must be stopped before they cause any more harm to the public and to the animals they purport to protect.

[*Traduction*]

En Grande-Bretagne, qui a été la cible avant nous de cette vague d'actes illégaux visant à protester contre le traitement réservé aux animaux, on a placé des bombes dans les voitures des chercheurs et dans les immeubles des universités. Dans notre pays, la presse ne fait pas état des nombreuses menaces de mort et des autres gestes de harcèlement dont nos chercheurs sont victimes, afin de protéger les scientifiques et leurs familles.

Les scientifiques des centres de recherche de l'État d'où je viens me disent que leur situation s'est aggravée. Ce ne sont pas seulement les centres de recherche et leurs employés qui sont victimes des actes illégaux des partisans de la libération des animaux, mais l'ensemble de la population. Le coût des attaques contre centres de recherche est élevé dans l'immédiat, mais ce n'est rien en regard du coût ultime que la société devra assumer. Le gaspillage du temps consacré à la recherche et la perte de l'information ainsi recueillie signifient que les résultats de cette recherche seront retardés ou même perdus. Ce sont tous ceux qui attendent un médicament ou un traitement pour la maladie qui les affligent qui devront payer le véritable prix des délits que mon projet de loi cherche à prévenir. Les êtres humains vont bien sûr en payer le prix, mais les animaux aussi, puisqu'ils profitent eux aussi de cette recherche.

Les extrémistes qui commettent des crimes au nom des droits des animaux ignorent non seulement les droits des autres, mais également leur propre droit à libre expression. La dissention responsable est protégée par la loi; personne ne voudrait qu'il en soit autrement. Mais il faut absolument empêcher ces terroristes idéologiques et ces justiciers de se faire justice eux-mêmes.

Tout le monde conviendra que nous avons une énorme dette envers les animaux qui servent à la recherche. Les animaux de laboratoire ne devraient être utilisés qu'en cas de nécessité, et ils doivent être bien traités et respectés pour des raisons humanitaires tout autant que scientifiques. Mais personne ne peut fermer les yeux sur des actes destructeurs illégaux et insensés, quelle que soit la raison qui les motive.

Le projet de loi sur la protection des installations de recherche où sont utilisés des animaux est nécessaire pour appuyer les efforts d'application de la loi dans l'ensemble du pays. Les attaques contre les installations de recherche du pays devraient être considérés comme des infractions de compétence fédérale. Il faut opposer le système juridique fédéral, et ses capacités d'enquête, à ces actes de sabotage contre la recherche qui menacent la santé future de la nation.

Aucun État n'est capable à lui seul d'assurer la protection juridique nécessaire pour combattre les crimes commis par des saboteurs d'envergure nationale et peut-être même internationale. Les criminels responsables de l'incendie, des vols et des actes d'intimidation qui ont été commis lundi en Arizona affirment que rien ne pourra les arrêter, même pas des murs de béton et des portes d'acier. Ils disent qu'ils vont revenir jusqu'à ce qu'on ait mis fin complètement à la recherche utilisant des animaux. Leur attitude est un affront au bon sens. C'est plutôt à ce terrorisme qu'il faut mettre fin avant que ces gens ne causent encore plus de tort à la population et aux animaux qu'ils prétendent protéger.

[*Text*]

The essence of the bill is described in that paragraph, and it is the preamble to the bill itself. We could also provide a copy of the bill. It was a federal bill that evolved, I suggest, because of a process much like this.

Mr. Halliday: There have recently been some articles, or one at least, anyway, in the *Canadian Medical Association Journal* discussing the role of a group I was not familiar with, the Physicians Committee for Responsible Medicine. I must say that I am not aware of the group; perhaps you could tell us a little bit about them.

Is it true they believe there is no future or no hope at all in resolving the problems of AIDS and Alzheimer's disease through medical research or through animal research, anyway? You might first comment to us about the role of that group.

Dr. Bisby: I would like to comment because in fact in early October, at Kingston, we had a visit from the President of this organization, Dr. Neil Bernard, who is a psychiatrist from Washington. He gave us a presentation entitled "The Unnecessary Use of Animals in Medical Research".

This organization has a membership of approximately 2,000—

Mr. Halliday: —in the U.S. and Canada?

Dr. Bisby: I do not know what the membership in Canada is, but their total membership is around about 2,000. That should be contrasted to the 500,000 to 600,000 physicians who exist in the United States. Nobody knows exactly how many of those members are actually physicians. But by Neil Bernard's own admission, only about one-tenth of its membership are practicing physicians, so in fact the number of physicians in the organization is very, very small.

They are fundamentally an animal rights movement, in spite of the name. They are largely funded by people for ethical treatment of animals. Indeed, Neil Bernard's name appears as an employee for people for ethical treatment for animals on some of its previous tax returns. So it is in fact a front organization for the extremist animal rights movement.

• 1040

The message Dr. Neil Bernard puts across is a very attractive one. He is a very good speaker. Essentially, it is that we do not need sophisticated medical research because most of the problems we face as a society are self-inflicted. In other words, if we stopped eating meat, if we stopped smoking, if we stopped pollution, most of our health problems would go away. So why do we need research?

Of course there is truth to that argument. O course if nobody smoked, we would cut down on lung cancer. Of course if we reduced toxic substances in the environment, fewer people would be receiving the unknown reactions to those ingredients. Of course if we exercised more and ate proper diets there would be fewer health problems. But this ignores a vast numbers of problems, such as Alzheimer's disease, such as many forms of cancer, such as cystic

[*Translation*]

Ce paragraphe décrit l'essence même du projet de loi, dont il est le préambule. Nous pourrions également vous fournir une copie de ce projet de loi fédéral qui découle, d'après moi, d'un processus très semblable à celui auquel nous participons actuellement.

M. Halliday: Il y a eu récemment des articles ou du moins un article, paru dans le Journal de l'Association médicale canadienne, dans lequel il était question du rôle d'un groupe que je ne connais pas, qui s'appelle Physicians Committee for Responsible Medicine. Je dois dire que je ne connais pas ce groupe; vous pourriez peut-être nous en dire un peu plus à son sujet.

Est-il vrai que les membres de ce groupe jugent qu'il ne sert à rien de toute façon de tenter de résoudre les problèmes relatifs au sida et à la maladie d'Alzheimer par la recherche médicale ou la recherche sur les animaux? Vous pourriez peut-être nous dire exactement quel est le rôle de ce groupe.

Dr Bisby: Je répondrai avec plaisir à cette question parce que nous avons eu en fait au début d'octobre, à Kingston, la visite du président de cette organisation, le Dr Neil Bernard, qui est psychiatre à Washington. Il nous a donné un exposé sur l'utilisation inutile d'animaux dans la recherche médicale.

Cette organization compte environ 2,000 membres. . .

M. Halliday: . . .aux États-Unis et au Canada?

Dr Bisby: Je ne sais pas combien de membres elle compte au Canada, mais elle en a au total environ 2,000. Or, il faut bien se rendre compte qu'il y a entre 500,000 et 600,000 médecins aux États-Unis. Personne ne sait exactement combien de ces membres sont en fait médecins. Mais de l'aveu même de Neil Bernard, le dixième seulement de ces membres sont des médecins praticiens; donc, en fait, le nombre de médecins qui font partie de cette organisation est extrêmement restreint.

Il s'agit essentiellement d'un mouvement de défense des droits des animaux, malgré son nom. Il obtient une large part de son financement des gens qui militent pour l'application de certaines règles d'éthique dans le traitement des animaux. En fait, sur certains de ses rapports d'impôt des années précédentes, le nom de Neil Bernard figure à titre d'employé d'une organisation de ce genre. Donc, cette organisation sert en fait de façade au mouvement extrémiste de défense des animaux.

Le message du Dr Neil Bernard est très intéressant. C'est un très bon orateur. En gros, ce qu'il dit, c'est que nous n'avons pas besoin de recherches médicales poussées parce que la plupart des problèmes auxquels nous devons faire face dans notre société sont causés par notre propre comportement. Autrement dit, si nous cessions de manger de la viande, de fumer, de polluer, la plupart de nos problèmes de santé se règleraient de même. Donc, pourquoi avons-nous besoin de la recherche?

Bien sûr, il a en partie raison. Evidemment, si personne ne fumait, il y aurait beaucoup moins de cancer du poumon. Si nous réduisions la présence de substances toxiques dans notre environnement, il y aurait moins de gens qui y feraient toutes sortes de réactions, que nous ne connaissons pas toujours. Bien sûr, si nous faisions davantage d'exercice et si nous mangions mieux, nous aurions moins de problèmes de santé. Mais cet argument ne tient pas compte de très

[*Texte*]

fibrosis—the list goes on and on—for which the risk factors, the causative factors, are completely unknown.

It is a nice argument. I think very few people would disagree with much of what he says. Unfortunately, it is the other side of the coin that causes us the problem.

Mr. Calhoun: Something else we should note for the record is that the American Medical Association and the California Medical Association have officially censored Dr. Bernard; he speaks as if he is among the community of physicians. They have issued a very strong condemnation of his work and his remarks.

Dr. Borwein: He also sits on the board of the New England Anti-Vivisection Society, which has been taken over by greater extremists because they are the richest body of that kind in the United States.

I suppose the problem with most extremists is that they take a little kernel of truth with which many of us can identify. There is a little kernel of something in it that makes sense. They then exaggerate it out of all proportion to their own agendas. Because groups are small does not necessarily mean they are not effective. We have seen in the course of my lifetime a large number of very small groups grow into some horrendous movements with terrible consequences.

With regard to the argument about protection, not eating meat, I think the evidence in the scientific community is that the problem is not the eating of meat but the amount of fat consumed. You can eat lean meat and you can eat fatty other things. For example, coconut oil is more saturated than other oils. It is nearly as saturated as butter, yet it is a vegetable product. The important thing is to cut down the amount of protein and the amount of fat. That is the big message coming out.

Apart from that, I did draw up for this committee, just briefly, a little document called "The Burden of Disease in Canada". I have given you a list of common diseases—you will all know the names—for which we do not know the causes and which we do not know how to prevent. Even when we know the cause, as we do now for cystic fibrosis, we do not know how to prevent it.

The expense of looking after someone with cystic fibrosis is enormous. The life expectancy 20 years ago was about 3 years. The life expectancy for somebody with cystic fibrosis now is about 25 or 30 years. In the course of that time these people have to be provided with enzymes, antacids, vitamins, minerals, mucus-thinning agents, broncho-dilators, antibiotics, and physiotherapy. The expense is enormous.

[*Traduction*]

nombreux problèmes comme la maladie d'Alzheimer, de nombreuses formes de cancer, la fibrose kystique—la liste est interminable—dont nous ne connaissons absolument pas les causes et les facteurs de risque.

C'est un argument qui semble intéressant. Je pense que la plupart des gens serait d'accord avec à peu près tout ce qu'il dit. Malheureusement, c'est l'autre aspect de la question qui nous pose un problème.

M. Calhoun: Il convient également de souligner pour mémoire que l'American Medical Association et la California Medical Association ont officiellement censuré le D[r] Bernard; il donne l'impression d'appartenir à la communauté médicale. Mais ces deux associations ont condamné très clairement ses travaux et ses remarques.

Dre Borwein: Il fait également partie du conseil d'administration de la New England Anti-Vivisection Society, qui est tombée entre les mains d'extrémistes encore plus radicaux parce qu'il s'agit de l'organisme de ce genre le plus riche aux États-Unis.

Je suppose que le problème, avec la plupart des extrémistes, c'est qu'ils prennent une petite parcelle de vérité avec laquelle nous pouvons pour la plupart nous identifier. Il y a dans leur argumentation une certaine logique. Mais ils exagèrent ensuite cette parcelle de vérité hors de toute proportion, pour défendre leurs propre point de vue. Et si ces groupes sont petits, cela ne veut pas dire nécessairement qu'ils ne sont pas efficaces. Les gens de ma génération ont connu de très nombreux groupes tout petits qui se sont développés pour devenir des mouvements horribles, avec les conséquences terribles que l'on sait.

En ce qui concerne la protection contre la maladie, et la question de la viande, il est établi dans la communauté scientifique que le problème ne vient pas tellement de la consommation de viande, mais plutôt de la quantité de gras que nous consommons. Il est possible de manger de la viande maigre et toutes sortes d'autres aliments gras. Par exemple, l'huile de noix de coco est plus saturée que les autres huiles. Elle est presque aussi saturée que le beurre, et pourtant c'est un produit végétal. L'important, c'est de réduire notre consommation de protéines et de gras. C'est ce qu'on entend dire de plus en plus.

En outre, j'ai rédigé pour le Comité, très brièvement, un petit document sur le fardeau de la maladie au Canada. Je vous ai donné une liste des maladies les plus courantes, que vous connaissez sûrement tous, dont nous ne savons ni la cause ni les moyens de prévention. Et même quand nous en connaissons la cause, comme c'est maintenant le cas pour la fibrose kystique, nous ne savons pas comment la prévenir.

Le traitement des malades atteints de fibrose kystique coûte extrêmement cher. Il y a 20 ans, l'espérance de vie était d'environ trois ans alors qu'elle est passée maintenant à 25 ou 30 ans. Pendant cette période, ces gens doivent avoir des enzymes, des antiacides, des vitamines, des minéraux, des agents d'éclaircissage du mucus, des broncodilatateurs, des antibiotiques et des traitements de physiothérapie. Cela coûte extrêmement cher.

[*Text*]

One good cure, one good medication, would reduce the cost of that illness enormously and reduce the burden of that illness enormously. I would like to leave with the committee this list of common diseases.

One of the researchers who is undergoing a terrible time at the moment in the United States is Dr. John Orum from Texas Tech Medical Centre. He does research on sleep. He uses cats. The problems he deals with in sleep is associated with or relatable to Sudden Infant Death Syndrome.

In Canada and the West, Sudden Infant Death Syndrome is the leading cause of death of infants between the age of two and twelve months, peaking at about three months. Among children in Canada, it is the second leading cause of death among children; the first one is childhood cancer.

Dr. Orum has been targeted. His life has been made a misery. He says a whole year has been taken out of his research activities because there is a group that thinks he does not have the right to use cats in medical research. He has been investigated up the hills and down the dales and was found to be doing everything by correct procedures.

• 1045

This is the kind of thing we would like to address, this kind of totally unwarranted harassment that impedes, seriously impedes, research and continues to create and escalate the climate of fear and intimidation.

If you just consider that in Canada we have 27 million people: we have 4 million Canadians with arthritis; some have osteo-arthritis. They get joint immobility, pain. We are performing a very large number of hip and knee replacements, 17,000 in Canada. It returns those people to relatively pain-free life and the ability to work and be independent.

That has not come about by chance. At our own university, there is constant research on refining those protheses, on making them better, on developing artificial ligaments or developing ways of surgery that would be more efficacious. We use animals in the process. The rewards for the people are enormous.

There are also rewards for animals, because the pets that now go to the veterinary hospitals benefit from that research as well, just as dogs now get pacemakers, get insulin, get cataract surgery done. So the benefit comes round all the way, and there is no way out of it at the moment.

I would like to suggest that we are believers that people should take more responsibility for their own health. We need better ways of persuading people to eat a better diet, with less fat in it. We need better ways of having people take control of themselves, by not smoking, for example. But we have a large number of diseases on which we do not know what advice to give. The answer to that will come from research.

[*Translation*]

Si l'on trouvait un seul traitement ou un seul médicament efficace, on pourrait réduire considérablement le coût de cette maladie et le fardeau qu'elle représente. J'aimerais laisser au Comité cette liste de maladies courantes.

Il y a à l'heure actuelle un chercheur qui traverse une période très difficile aux Etats-Unis; il s'agit du Dr John Orum du Texas Tech Medical Centre. Il fait de la recherche sur le sommeil et se sert de chats. Les problèmes qu'il étudie sont associés ou associables à la mort subite du nourrisson.

Au Canada et dans l'Ouest, la mort subite du nourrisson est la principale cause de décès des enfants de 2 à 12 mois, avec une pointe vers trois mois. Chez les enfants canadiens, c'est la deuxième cause de décès, après le cancer infantile.

Mais le Dr Orum a été choisi comme cible. Sa vie est un enfer. Il affirme que ces travaux de recherche ont été retardés d'un an car un groupe a jugé qu'il n'a pas le droit d'utiliser des chats pour faire sa recherche médicale. Pourtant, il a fait l'objet d'enquêtes de toutes sortes, et il s'est avéré que ses méthodes étaient tout à fait acceptables.

C'est le genre de choses contre lesquelles nous voulons lutter, ce genre de harcèlement tout à fait injustifié qui nuit sérieusement à la recherche et qui continue à créer et à entretenir un climat de crainte et d'intimidation.

Songez simplement que nous avons au Canada une population de 27 millions de personnes; 4 millions de Canadiens souffrent d'arthrite et certains d'arthrose. Les articulations sont bloquées et ils souffrent beaucoup. Chaque année, nous posons au Canada 17,000 hanches et genoux artificiels. Cela permet à ces gens de mener une vie relativement confortable, de travailler et d'être indépendants.

Mais cela n'est pas le fruit du hasard. Dans notre propre université, il se fait constamment de la recherche pour améliorer ces prothèses, pour développer des ligaments artificiels et pour trouver des méthodes de chirurgie plus efficaces. Nous utilisons des animaux à cette fin, et les humains en retirent des avantages énormes.

Mais il y a aussi des avantages pour les animaux parce que les animaux de compagnie qui sont admis dans les hôpitaux vétérinaires profitent eux aussi de cette recherche; il y a des chiens qui portent un stimulateur cardiaque, d'autres qui reçoivent de l'insuline et d'autres qui se font opérer pour des cataractes. Donc, ils en profitent eux aussi, et il n'y a pour le moment pas moyen de faire autrement.

J'aimerais souligner que nous croyons nous aussi que les gens devraient faire plus attention à leur propre santé. Il nous faudrait de meilleurs moyens de persuader les gens de manger mieux et de consommer moins de gras. Il nous faudrait de meilleurs moyens d'aider les gens à se prendre en main, par exemple en cessant de fumer. Mais il y a beaucoup de maladies pour lesquelles nous ne savons même pas quel conseil donner. Et la réponse viendra de la recherche.

[*Texte*]

The Chairman: Mr. Calhoun, you triggered some childhood memories for me. You mentioned speaking to classrooms and talking about polio and the fact that children and even student or teachers today were unaware of it. I imagine you and I probably went to school about the same time, and it was something that I can recall very vividly.

Mr. Calhoun: You weathered it better than me.

The Chairman: They told us not to eat fresh fruit in the fall. I had two classmates who contracted the disease, one of whose parents had read Sister Kenny's book. About the only recommendation at that time was to keep children wrapped in hot wool blankets. One child was severely disabled, still is. The other one was able to lead quite a normal life.

Those were the types of things. That was a very prevalent disease at that time, and I think our parents were all concerned. Everytime someone somewhere would have that disease, it struck fear into the hearts of all people. That people do not even know about that today is hard to believe. It shows how things have changed and what research can and has done.

Dr. Borwein: My own two sons had polio in the year before the Salk vaccine was made available. One cannot imagine the fear that envelops one as that stikes. We were very lucky. One has no effects and the other has only very minor consequences. But we were locked up in the house, nobody came and went. People were enormously fearful of us, and no wonder.

Monkeys, rats, rabbits, lots of animals were used in that enormous effort to get a handle on what caused it. We knew much less about viruses at the time than we know now. The very way in which we have been able to characterize AIDS has been a tribute to the enormous wealth of knowledge available in medical research about AIDS and about immunology. It took an enormous amount of effort to get a handle on what was creating that dreadful disease of polio. It still is a major problem in Third World countries. There are awfully crippled children, dragging themselves around in the Third World countries as a result of polio.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): What is the ultimate issue before us? It is really the ethics of scientific research. It has two components: the medical and human component; and the animal component. The distinction between the two would be that in human experiments you are able to obtain informed consent. By definition they can agree or they can decline. Of course, animals cannot. They are completely within our control. Therefore, the onus on us ethically is even greater to ensure that they are treated humanely and are truly to be treated as the so-called unsung heroes of medicine.

[*Traduction*]

Le président: Monsieur Calhoun, vous m'avez rappelé des souvenirs d'enfance. Vous avez mentionné que vous aviez fait des exposés sur la polio dans des classes et que les enfants, ou même les élèves et les professeurs ne connaissaient pas toujours cette maladie. Je suppose que vous et moi sommes probablement allés à l'école à peu près en même temps, est pour moi un souvenir très vivace.

M. Calhoun: Le temps semble vous avoir épargné plus que moi.

Le président: On nous disait de ne pas manger de fruit frais à l'automne. J'ai deux camarades de classe qui ont contracté cette maladie; les parents d'un d'entre eux avaient lu le livre de soeur Kenny. La seule recommandation que l'on faisait à l'époque, c'était de garder les enfants enveloppés dans de chaudes couvertures de laine. Un de ces enfants a été gravement handicapé, et l'est encore. L'autre a pu mener une vie à peu près normale.

C'était le genre de choses que l'on voyait. C'était une maladie très courante à l'époque, et je pense que tous nos parents étaient très inquiets. Chaque fois que quelqu'un tombait malade, tout le monde avait peur. Il est difficile de croire que des gens aujourd'hui ne savent même pas cela. Cela montre bien à quel point les temps ont changé et ce que la recherche peut faire.

Dre Borwein: Mes deux fils ont eu la polio l'année avant l'apparition du vaccin Salk. Vous ne pouvez pas imaginer la peur qui nous envahit quand cette maladie frappe. Nous avons eu beaucoup de chance. Un de mes fils n'a gardé aucune trace de sa maladie, et l'autre n'en n'a gardé que des séquelles très mineures. Mais nous avons dû nous enfermer dans la maison, personne ne venait nous voir. Les gens avaient très peur de nous, et cela se comprend.

Des singes, des rats, des lapins et toutes sortes d'autres animaux ont été utilisés pour les recherches intensives enreprises pour tenter de comprendre les causes de cette maladie. Nous ne connaissions pas les virus aussi bien à l'époque que nous les connaissons aujourd'hui. Le simple fait que nous ayons réussi à isoler le virus du sida montre bien l'ampleur des connaissances que nous avons acquises grâce à la recherche médicale et qui sont appliquables au sida et à l'immunologie. Il a fallu des efforts énormes pour comprendre les causes de cette terrible maladie qu'est la polio. C'est encore un problème majeur dans les pays du Tiers monde; il y a là-bas des enfants terriblement handicapés qui sont incapables de marcher à cause de la polio.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Il faut se demander quel est vraiment le coeur de ce débat. C'est en fait la déontologie de la recherche scientifique. Cela comporte deux éléments: l'élément médical et humain, et l'élément animal. La distinction entre les deux, d'après moi, c'est que pour les expériences réalisées sur des humains, il faut que les intéressés donnent leur consentement en toute connaissance de cause. Par définition, ils peuvent accepter ou refuser. Bien sûr, les animaux ne le peuvent pas. Leur sort est entièrement entre nos mains. Par conséquent, moralement, il est d'autant plus important de nous assurer qu'ils sont bien traités puisqu'il s'agit vraiment des héros méconnus de la médecine.

[*Text*]

• 1050

I remember when I was seventeen I was going to medical school. The first thing we worked on was a frog, and one of my classmates wrote a beautiful essay, "The Unsung Hero". We did not know until the end that he was speaking about the frog—a classic example of the contribution of animals to science.

That then brings me to the question of how best to tell the Canadian public the real contribution. I was reading some of the literature you have provided us, and I am interested in one document where you say that the three Rs of animal use have been emphasized: refinement of procedure to minimize pain, reduction in animal use to the absolute minimum necessary, and replacement with other techniques where appropriate.

The latter category tells me that indeed the issue of alternatives exists. It is a question of how we define alternatives. One of the witnesses said that it is a term that is not well understood, and I agree.

Perhaps the two groups have not defined their terms. That would be one step. For example, if we say there is an alternative to animal experimentation, it ought to follow by definition that there is also an alternative to human experimentation. From whatever perspective you are approaching it, one will be the alternative to the other. But to me the altern ative in terms of definition ought to be that the bottom line is where technological tools exist that will be used in the first instance. I think that is the one message we have to tell the Canadian public.

Where they are not available, and the research protocols require that the experiments be done, then the public must be told. I believe in the inherent intelligence of the Canadian public.

You are worried that to legislate something at this time may be premature and in fact could create more confusion because perhaps we in the legislative bodies of the country may not know the refinements of the whole issue.

That is the first comment that I would like to make.

In terms of questions, of those animals experimented on, how many would be destroyed following experiments, and how many will be saved? I think one of the ultimate messages is how many are destroyed? Do you have figures on that?

Dr. Bisby: It is a requirement that at the termination of all experiments all experimental animals are killed.

Mr. Pagtakhan: So it is 100%.

[*Translation*]

Je me souviens de l'époque ou j'étais à la Faculté de médecine, à 17 ans. Le premier animal sur lequel nous ayons travaillé était une grenouille et un de mes camarades de classe avait écrit un texte magnifique sur ce héros méconnu. Nous ne savions pas, jusqu'à la toute fin de son texte, qu'il parlait de la grenouille, qui constitue un exemple classique de la contribution des animaux à la science.

Ce qui m'amène à la question suivante: quel serait le meilleur moyen d'informer la population canadienne sur cette contribution réelle? J'ai lu quelques-uns des documents que vous nous avez fournis et j'y ai trouvé un passage tout particulièrement intéressant, ou vous dites que vous avez souligné les trois grands principes de l'utilisation des animaux: l'amélioration des pratiques pour qu'ils souffrent le moins possible, la réduction de l'utilisation des animaux à son strict minimum et l'utilisation d'autres techniques de remplacement quand c'est possible.

D'après cette dernière catégorie, il semble donc qu'il existe effectivement des solutions de remplacement. Tout dépend de la façon dont nous définissons ces solutions. Un des témoins a dit que cette expression n'était pas bien comprise, et je suis d'accord.

Il se peut que les deux groupes n'aient pas bien défini leur terminologie. Ce serait déjà un progrès. Par exemple, si l'on dit qu'il y a des solutions de rechange à l'expérimentation sur les animaux, il doit s'en suivre par définition qu'il y aurait également des solutions de rechange à l'expérimentation sur les humains. Quel que soit l'angle sous lequel on aborde la question, l'une remplace l'autre. Mais d'après moi, il faudrait plutôt se demander s'il existe les outils technologiques nécessaires pour remplacer complètement cette expérimentation. Je pense que c'est un des messages que nous devons transmettre à la population canadienne.

Quand ces outils ne sont pas disponibles et que les protocoles de recherche prévoient des expériences de ce genre, il faut en informer le public. Je crois en l'intelligence intrinsèque du public canadien.

Vous dites craindre qu'il ne soit prématuré d'adopter des mesures législatives dès maintenant et que cela n'entraîne en fait davantage de confusion parce que nous, les législateurs, ne sommes peut-être pas au courant de tous les détails de la question.

Voilà la première observation que je voulais faire.

Je voudrais également vous poser une question: sur le nombre d'animaux soumis à des expériences, combien qui sont détruits après ces expériences et combien sont sauvés? Je pense que ce qu'il faut savoir, en définitive, c'est le nombre d'animaux qui sont détruits? Avez-vous des chiffres à ce sujet?

Dr Bisby: Il est obligatoire de tuer tous les animaux soumis à des expériences lorsque ces expériences sont terminées.

M. Pagtakhan: Donc, le pourcentage est de 100 p. 100.

[*Texte*]

Dr. Bisby: Ultimately, yes. Of course the vast majority of animals are used in procedures where nothing happens to them. They are then anaesthetized. The procedure is carried out on them while they are anaesthetized, and at the end of the procedure they are killed. That is certainly the case with the vast number of experiments on cats and dogs which raise the greatest public concern.

Mr. Pagtakhan: And these standards are uniform from laboratory to laboratory across the country.

Dr. Bisby: Yes.

Mr. Pagtakhan: When you say they are uniform, if one today examines the guidelines for doing animal research, the Canadian public can be assured that in fact those guidelines are the same almost word for word.

Dr. Bisby: Yes. They are the guidelines of the Canadian Council on Animal Care and they are used at every animal using institution in Canada.

Mr. Pagtakhan: One of the challenges to politicians, and I am sure to the very issue that we are facing today, is how do you reconcile the opposing views in society. What dialogue has taken place, face to face, between the two groups, so to speak? Or what is being planned as a dialogue?

Dr. Bisby: It is very hard for researchers to have a dialogue that will produce some fruitful outcome with the extremist groups that we have been talking about today.

Mr. Pagtakhan: Has that attempt at dialogue been made?

• 1055

Mr. Calhoun: The dialogue that is taking place is being advocated in the public forum by the animal rights movement by way of television debates, radio debates, newspapers and so on. The movement is not really interested in constructive dialogue. I would have to say that to my knowledge it has also not been openly encouraged by the research community, for the reasons Dr. Bisby and Dr. Borwein will speak to, I am sure. The dialogue is media controlled. It is very negative. It is hype. It sells ink. It is issue driven, and it festers with untruth.

Mr. Pagtakhan: Be that as it may, of course, in any debate we are at the mercy of the moderator to ensure the debate proceeds properly and fairly. Of course, there is the audience out there who will be the ultimate judge of which issue is right and which is wrong. To date, that mechanism has not been tested.

I am saying that your group is doing work that I support in principle. At the same time, the other group is pursuing another route, which I support in terms of the need to be humane to animals. The animal subjects ought to be treated with humanity, if I may put it that way.

Dr. Bisby: It is not that the two groups are in opposition about the principles you just enunciated. Scientists are on exactly the same side you mentioned.

Mr. Pagtakhan: I realize that.

[*Traduction*]

Dr Bisby: En définitive, oui. Bien sûr, la grande majorité de ces animaux sont utilisés pour des expériences au cours desquelles ils ne leur arrivent rien. Ils sont ensuite anesthésiés. Les expériences sont effectuées pendant qu'ils sont sous anesthésie, et ensuite ils sont tués. C'est certainement le cas pour les nombreuses expériences effectuées sur des chiens et des chats, qui préoccupent surtout le grand public.

M. Pagtakhan: Et ces normes sont uniformes pour tous les laboratoires du pays.

Dr Bisby: Oui.

M. Pagtakhan: Quand vous dites qu'elles sont uniformes, cela signifie que le public canadien peut être certain que ces directives sont les mêmes, presque mot pour mot, dans l'ensemble du pays en ce qui concerne la recherche sur les animaux.

Dr Bisby: Oui. Ce sont des directives établies par le Conseil canadien de protection des animaux; elles sont appliquées dans tous les établissements canadiens qui utilisent des animaux.

M. Pagtakhan: L'une des tâches les plus difficiles qui sont confiées aux hommes politiques, et c'est certainement le cas pour la question que nous étudions aujourd'hui, consiste à concilier les différents points de vue qui ont cours dans la société. Y a-t-il eu un dialogue direct entre les deux groupes? Ou a-t-on prévu un dialogue?

Dr Bisby: Il est très difficile d'établir un dialogue productif entre les chercheurs et les groupes extrémistes dont nous avons parlé aujourd'hui.

M. Pagtakhan: Mais a-t-on essayé de dialoguer?

M. Calhoun: Le dialogue public qui a lieu actuellement, par voie de débats télévisés ou radiodiffusés, dans les journaux et les autres médias, ce fait sous l'égide du Mouvement de la défense des animaux, que n'intéresse pas vraiment un dialogue constructif. J'ajouterais qu'à ma connaissance le dialogue n'a pas été ouvertement encouragé non plus par les milieux de la recherche, pour les raisons que le Dr Bisby et le Dre Borwein exposeront certainement. Ce dialogue, tout négatif, est simplement le battage des médias, il vise à alimenter les ventes de journaux. Il est polarisé et déborde de contre-vérités.

M. Pagtakhan: Quoi qu'il en soit, dans tout débat c'est à l'animateur de veiller à faire entendre tous les points de vue et c'est le public qui jugera en dernier ressort qui a raison et qui a tort. À ce jour, ce mécanisme n'a pas été mis à l'épreuve.

Votre groupe oeuvre en faveur d'une cause que je soutiens en principe, mais l'autre groupe a opté pour une autre voie, que j'appuie également compte tenu de la nécessité de faire preuve d'humanité envers les animaux. Nous devons faire preuve de compassion envers les animaux.

Dr Bisby: Les savants pensent comme vous, et il n'y a pas d'antinomie entre les deux groupes sur les principes que vous évoquez.

M. Pagtakhan: Je m'en rends bien compte.

[*Text*]

Dr. Bisby: Humane treatment, absolutely. There is no problem.

Mr. Pagtakhan: That is why I am trying to pursue it. How best can we truly resolve the issue in the public interest? That is the real issue here. Even that mechanism of a television debate perhaps once a year or once in a lifetime is to hear one side and see in fact who the Canadian public will judge is right. My own intuition tells me, and it is only intuition, that the scientists will triumph, because I believe in the goals and objectives and it can be pointed out very effectively.

You mentioned the classroom, for example. How effectively have we used the classrooms as vehicles for transmitting the message?

Dr. Bisby: I think we have used them very badly. As I indicated, scientists have really sat back and let the agenda be set by the other side in this issue. Some of us are trying to change that, not only in this animal issue but in all issues concerning the impact of science and technology on Canadian society. I think we start a long way behind. The extremist animal rights people have been very good at propagandizing within the nation's classrooms.

I did actually take part in a debate with an animal rights opponent in an area high school in Kingston. I discovered that before the debate started, they had circulated large amounts of animal rights propaganda before I even arrived. I was working from that position. I had to bring our point of view forward from the position of minds that had already been slanted.

Mr. Pagtakhan: You have indicated that perhaps we have not explained enough, and I think that is true, as you were trying to explain today before the committee. An approach of a question and answer format in very simple terms as literature would be very useful to at least expound on your cause. For example, this article in *Reader's Digest* is excellent, but it takes careful reading, whereas a question-and-answer format may be a good way to go about it.

• 1100

I think you see where I am coming from on this issue. I do not know if the question was asked earlier, but the impact on the Canadian health care system and its funding is the mandate of this committee. In a nutshell, will animal research be impeded as a consequence of your apprehension? What will be the impact?

Dr. Borwein: A most enormous one, because you would destroy the biomedical research enterprise in Canada. We have famous places, universities, the Connaught Laboratories—it is not possible in itself to carry on activity. It is not possible, even more importantly, for the training of our future scientists and other people who know about that kind of thing. So this impact is absolutely enormous, and that is the danger with the harassment issue.

I have been on a number of such debates, as you describe, on radio and television across Canada. What I find is that we are not going to change the minds of people who for many reasons have an extremist position that you may not

[*Translation*]

Dr Bisby: Il est certain que nous devons faire preuve d'humanité. Nous ne remettons cela nullement en cause.

M. Pagtakhan: C'est bien pourquoi j'essaie de pousser plus loin la question. Comment pouvons-nous vraiment la résoudre au mieux dans l'intérêt public? C'est là le coeur du problème. Un débat télévisé, une fois par an, peut-être une fois en tout, peut permettre d'entendre une opinion et de voir pour qui le public canadien penchera. J'ai l'impression—mais ce n'est qu'une impression—que les chercheurs l'emporteront, parce que j'ai foi dans leurs objectifs, qui peuvent être mis clairement en relief.

Vous mentionniez par exemple les écoles: dans quelle mesure avons-nous su les mobiliser pour transmettre le message?

Dr Bisby: Très mal, je pense. Comme je le disais tout à l'heure, les chercheurs se sont effacés derrière leurs travaux et c'est l'autre partie qui mène le jeu. Certains d'entre nous se ressaisissent, non seulement sur le problème de l'expérimentation animale, mais pour toutes les questions touchant aux effets de la science et de la technologie sur la société canadienne. Nous avons pris beaucoup de retard, et entre-temps le mouvement extrémiste pour la défense a très bien su semer sa propagande dans les écoles du pays.

J'ai effectivement participé, dans une école secondaire de la région de Kingston, à un débat avec un défenseur des droits des animaux. J'ai pu constater qu'avant même le début de la discussion, une grande quantité de propagande en faveur des droits des animaux avait été distribuée. Je partais donc avec un sérieux handicap. Je devais faire valoir notre position sur des esprits déjà marqués par un parti-pris.

M. Pagtakhan: Vous disiez que nous n'avons peut-être pas expliqué suffisamment, comme vous essayiez de le faire aujourd'hui devant le comité, et vous avez surement raison. Il serait peut-être bon de publier une documentation en termes simples, sous forme de questions et de réponses, pour exposer tout au moins votre position. C'est ainsi que cet article du *Reader's Digest* est excellent, mais il exige une lecture attentive alors que la forme des questions et des réponses est peut-être plus accessible.

Vous voyez certainement quelle est ma position sur cette question. Je ne sais pas si cela a déjà été dit, mais le comité a pour mandat l'étude du régime canadien de soins de santé et de son financement. À votre avis, l'expérimentation animale est-elle en danger d'être freinée à cause de ce mouvement que vous redoutez? Quelles en sont les conséquences?

Dre Borwein: Considérables, parce que vous détruiriez la recherche biomédicale au Canada. Sans cette recherche des institutions renommées, des universités, les Laboratoires Connaught, etc., ne pourraient plus poursuivre leurs activités. Bien plus, on ne pourrait plus assurer la formation des futurs chercheurs et d'autres spécialistes de ce domaine. Ce harcèlement aurait des conséquences catastrophiques.

J'ai participé moi-même, dans tout le Canada, à plusieurs de ce que vous appellez ces débats radiodiffusés et télévisés. J'ai pu constaté que nous ne changerons pas l'opinion de ceux qui, pour bien des raisons, croient dur comme fer que

[*Texte*]

use animals for any purpose whatsoever. But we do value those debates because it is a wonderful opportunity to talk to the general public, which I believe is very sensible. If you provide them with sensible information, they respond very sensibly. So that is the issue.

It is not that we are going to sort out the issue between the extremist faction. There is a great mass of us who want humane treatment of animals.

Mr. Pagtakhan: I realize that.

Dr. Borwein: The issue is to be able to present valid information, because there is an enormous amount of misinformation out there. That is a problem for our children who are also being caught up now. Although they are living in the safest childhood ever known, I think they are being told they are living in terribly dangerous and difficult times. So it creates a depressed environment which is not a good environment for children to grow into the thought that they can do things and can improve the world, which we would like to think they would grow up to do.

The Chairman: Thank you, doctor. On behalf of the committee may I extend to you, Mr. Calhoun, Dr. Borwein and Dr. Bisby, our sincere thanks for appearing before the committee. I think it is obvious by the response and questions you have had and the comments amongst members that there is certainly an area of interest and a concern. You have brought a new perspective. We heard a very broad cross-section of testimony before the committee. I thank you very sincerely for the information you provided us with this morning.

The meeting is adjourned to the call of the chair.

[*Traduction*]

les animaux ne doivent absolument pas être utilisés pour quelque but que ce soit. Ces débats ont néanmoins du bon, parce que c'est une excellente occasion de nous adresser au public, car c'est ce que nous devons faire: quand on donne au public une information censée, il réagit de façon censée. C'est ainsi qu'il faut voir les choses.

Mais avec les extrémistes, nous partons perdants et pourtant, un grand nombre d'entre nous veulent que les animaux soient traités avec humanité.

M. Pagtakhan: Je vous crois volontiers.

Dre Borwein: Le public ayant été inondé d'informations trompeuses, nous devons rectifier la situation en présentant une information exacte. Le problème se pose également pour nos enfants, qui eux aussi sont exposés: bien que leur enfance se déroule dans des conditions exceptionnellement bonnes, on les assure qu'ils vivent dans une époque très dangereuse et difficile et on crée ainsi une atmosphère de fin de siècle peu propice à l'idée qu'il est possible d'agir pour vivre dans un monde meilleur, et c'est pourtant ce que nous espérons qu'ils feront.

Le président: Je vous remercie, docteur. Au nom du comité je vous remercie de tout coeur, messieurs, d'avoir bien voulu comparaître devant nous. Les questions et commentaires de nos membres vous ont certainement prouvé combien nous sommes conscients du caractère brûlant de cette question. Le comité a entendu toutes sortes de témoignages sur cette question, mais vous l'avez éclairée d'un jour nouveau et je vous en remercie sincèrement.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid | Port payé
Lettermail | Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From Partners in Research:

Dr. Bessie Borwein, Associate Dean (Research), University of Western Ontario;

Dr. Mark Bisby, Researcher, Department of Physiology, Queen's University;

Ronald G. Calhoun, Executive Director.

TÉMOINS

De «Partners in Research»:

Bessie Borwein, doyen adjoint (Recherche), Université de Western Ontario;

Mark Bisby, chercheur, Département de physiologie, Université Queen's;

Ronald G. Calhoun, directeur administratif.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Government Publications

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 50

Thursday, December 13, 1990

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 50

Le jeudi 13 décembre 1990

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

---

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of compensation for Canada's thalidomide victims

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude de l'indemnisation des victimes canadiennes de la thalidomide

---

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman: Nicole Roy–Arcelin

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–présidente: Nicole Roy–Arcelin

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Brian White
Stan Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from the Canadian Government Publishing Center, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, DECEMBER 13, 1990
(60)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 9:11 o'clock a.m. this day, in Room 371 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Joe Fontana for Paul Martin; Jim Karpoff for Joy Langan; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Witnesses: *From the Thalidomide Task Force*: H. Clifford Chadderton, Chairman; Marlène Girard, Quebec Services Coordinator; Dr. Claude Murphy, Member of the Study Group. *From the Thalidomide Victims Association of* Canada: Randolph R. Warren, President; Marie Olney, Member of the Board of Directors. *From the Thalidomide Task Force and the Thalidomide Victims Association of Canada*: Brian N. Forbes, Legal Counsel; David Saunders, Financial Adviser.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee commenced its consideration of compensation for Canada's thalidomide victims.

H. Clifford Chadderton, Randolph R. Warren and Marlène Girard each made a statement and, with the other witnesses, answered questions.

It was agreed,—That the document entitled *Submission to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women*, presented by the Thalidomide Task Force, be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence* (*See Appendix «HESO-1»*).

At 10:54 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 13 DÉCEMBRE 1990
(60)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 9 h 11, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Joe Fontana remplace Paul Martin; Jim Karpoff remplace Joy Langan; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Témoins: *Du Groupe de travail sur la thalidomide*: H. Clifford Chadderton, président; Marlène Girard, agent de liaison du Québec; Claude Murphy, membre du groupe d'étude. *De l'Association canadienne des victimes de la* thalidomide: Randolph R. Warren, président; Marie Olney, membre du conseil d'administration. *Du Groupe de travail sur la thalidomide et de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide*: Brian N. Forbes, conseiller juridique; David Saunders, conseiller financier.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité entreprend d'examiner l'indemnisation des victimes de la thalidomide au Canada.

H. Clifford Chadderton, Randolph R. Warren et Marlène Girard font chacun un exposé et répondent aux questions de même que les autres témoins.

Il est convenu,—Que le *Mémoire au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine* présenté par le Groupe de travail figure en annexe aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui (*voir Appendice «HESO-1»*).

À 10 h 54, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Thursday, December 13, 1990

• 0912

The Chairman: Order, please. We have a quorum.

Pursuant to Standing Order 108.(2) the committee commences consideration of compensation for Canada's thalidomide victims.

This morning we have as witnesses Mr. Clifford Chadderton, Chairman, Thalidomide Task Force, patron of the Thalidomide Victims Association of Canada; Randolph Warren, President, Thalidomide Victims Association of Canada; Marlène Girard, Quebec Services Co-ordinator of the Thalidomide Task Force. You may wish to introduce others who are with you this morning.

We thank you for your appearance before the committee. We look forward to your testimony, followed by comments and questions from the members of the Standing Committee on Health and Welfare. With that, Mr. Chadderton, if you would like to lead off, please feel free to do so. As I have indicated, if there are others in the group you would like to acknowledge, we would be happy for you to do that.

Mr. H. Clifford Chadderton (Chairman, Thalidomide Task Force, Patron of the Thalidomide Victims Association of Canada): Thank you very much, Mr. Chairman. Good morning, ladies and gentlemen. The other members of our group are Brian Forbes, legal counsel to both the Thalidomide Task Force and to the Thalidomide Victims Association of Canada; Paul Murphy will be arriving. He is from Winnipeg and has to move in a very heavy electric wheelchair. He will be arriving very shortly, along with his father, Dr. Claude Murphy. Dr. Murphy is a parent, of course, and has been representing the parents on the thalidomide study. We also have Marie Olney, a member of the board of directors of the Thalidomide Victims Association; David Saunders, chartered accountant, who has been extremely useful to us in this entire study as the financial man; Debra David has been the administrative co-ordinator of this task force which, incidentally, has been going since June of 1987; Nicole Jasmin, is the administrative assistant.

• 0915

By way of opening remarks, may I first express our very sincere appreciation to you, Mr. Chairman, and your committee. I should say that our group is satisfied with the current proceedings in regard to the discussions we are holding with officials of the Department of National Health and Welfare. We did, however, seek the opportunity of appearing before your committee so we could make our views a matter of public record. That request is at least two years old, so when the offer came to appear we were not about to turn it down.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le jeudi 13 décembre 1990

Le président: La séance est ouverte. Nous avons notre quorum.

Conformément au paragraphe 108.(2) du Règlement, le comité entreprend l'étude de l'indemnisation des victimes de la thalidomide au Canada.

Nous recevons ce matin M. Clifford Chadderton, président du Groupe de travail sur la thalidomide et fondateur de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide; M. Randolph Warren, président de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide, et Marlène Girard, agente de liaison du Québec, Groupe de travail sur la thalidomide. Voulez-vous nous présenter les personnes qui vous accompagnent ce matin?

Nous vous remercions de comparaître devant le comité. Nous avons hâte d'entendre votre témoignage, qui sera suivi des commentaires et des questions des membres du Comité permanent de la santé et du bien-être social. Cela étant dit, si vous voulez commencer, monsieur Chadderton, je vous invite à le faire. Comme je l'ai indiqué, si vous voulez nous présenter d'autres personnes du groupe, n'hésitez pas à le faire.

M. H. Clifford Chadderton (président du Groupe de travail sur la thalidomide et fondateur de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide): Merci beaucoup, monsieur le président. Bonjour, mesdames et messieurs. Les autres membres du groupe sont Brian Forbes, conseiller juridique du Groupe de travail sur la thalidomide et de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide; Paul Murphy doit arriver tout à l'heure. Il est arrivé de Winnipeg et doit se déplacer dans un fauteuil roulant à moteur électrique, qui est extrêmement lourd. Il doit arriver d'un moment à l'autre, en compagnie de son père, le Dr Claude Murphy, qui fait donc partie des parents des victimes, et qui les a représentés au cours de l'étude. Nous avons également ici présents Marie Olney, membre du conseil d'administration de l'Association des victimes de la thalidomide; David Saunders, comptable agréé, qui nous a rendu un grand service en s'occupant des finances au cours de toute cette étude; Debra David a assuré la coordination administrative du groupe de travail qui, je le signale, est en activité depuis juin 1987; enfin Nicole Jasmin, qui est notre adjointe administrative.

Je vais, pour commencer, adresser nos très sincères remerciements à vous, monsieur le président, et à votre comité. Je dois dire que notre groupe est satisfait de l'allure actuelle de nos échanges avec les fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Néanmoins, nous avons sollicité l'occasion de comparaître devant votre comité pour vous faire part publiquement de notre point de vue. Cette demande remonte à deux ans. Lorsque vous nous avez proposé de comparaître, il n'était pas question de repousser votre proposition.

[*Texte*]

We have presented a brief in advance. I do not intend to read that brief, but I would ask that, if possible, an order be made in French and English that it be appended to the report, which would then mean that we will not have to touch upon all the points in the brief. If your committee could consider that at some time it would, I think, make it much easier for all of us in the presentation we wish to make.

I would like to interject with a little human interest story. I do not think there is any question, if you have been following your mail and the media and everything else, that I have had an intense interest in thalidomide. There are several reasons for this.

Ladies and gentlemen, the person who has just arrived is Paul Murphy from Winnipeg, who is a quadruple amputee, with his father, Dr. Claude Murphy.

The Chairman: Welcome to the committee this morning, gentlemen. Thank you very much for coming here.

Mr. Chadderton: As I was saying, I would like to interject a little human interest story. Just by circumstance I happen to have seen the first Canadian thalidomide baby. That baby was born as a result of a marriage between a French Canadian soldier in Germany and a German woman, born in Germany. At that time I was doing welfare work for the Canadian Army and I must say that the vision—his name was Benny—the vision of Benny has stayed with me all these years. I am not trying to be emotional about it. I am just trying to give you a reason why I am so caught up in this whole question of thalidomide, the compensation and everything else.

I might also say that Benny eventually came to Canada, so he became a microcosm for me when studying what happens to thalidomide children. Because of my long association with the War Amputations of Canada I do have some expertise in artificial limbs, so I was brought into the situation very early in the game to be consulted, if you like, on whether artificial limbs could be used to to provide function for some thalidomide victims.

I predicted early, and I think I am right, that very few of the thalidomide victims ever would benefit from the prosthetic services.

My third interest, which again was tied in with Benny, was a question of what was happening to them with their legal claims. My fourth interest, as they got a little older, was what was happening with their employment and we do. In the War Amputations of Canada we have a program called CHAMP, which stands for child amputee, and so we have had some of these youngsters from the time they were 14 and 15 registered in our CHAMP program. We have provided employment for them in the key-tag service.

If I have an intense interest in thalidomide, I think it is understandable.

I would like to turn now to the submission. I am assuming, Mr. Chairman, ladies and gentlemen, that you have probably had access to this somewhat voluminous document. This is only volume I. There were three volumes in the Thalidomide Task Force report.

[*Traduction*]

Nous vous avons remis un mémoire à l'avance. Je n'ai pas l'intention d'en donner lecture, mais je vous prie, si c'est possible, d'ordonner que les versions, française et anglaise, soient annexées au procès-verbal de la séance, ce qui nous dispenserait de revenir sur tous les arguments qui y sont développés. Si votre comité peut envisager d'adopter une motion à cet effet, nous pourrons ainsi vous présenter plus facilement notre point de vue.

Je voudrais vous faire part ici d'un élément humain. Si vous surveillez votre courrier et si vous suivez l'actualité, vous savez certainement que je m'intéresse de très près aux problèmes de la thalidomide, et cela pour différentes raisons.

Mesdames et messieurs, la personne qui vient d'arriver est Paul Murphy de Winnipeg, à qui il manque les quatre membres; Paul est accompagné de son père, le Dr Claude Murphy.

Le président: Je vous souhaite la bienvenue devant le comité, messieurs. Merci beaucoup de vous être déplacés.

M. Chadderton: Je disais donc que je voudrais vous soumettre un élément humain. Le hasard des circonstances a voulu que je puisse voir le premier bébé canadien victime de la thalidomide. Cet enfant est né du mariage, en Allemagne, d'un militaire canadien-français et d'une Allemande. A cette époque, j'étais travailleur social dans l'armée canadienne et je dois dire que l'image de cet enfant, qui s'appelait Benny, m'a poursuivi sans cesse depuis lors. Sans vouloir tomber dans l'émotion facile, je tiens à vous dire pourquoi je me suis tant investi dans toute cette question de la thalidomide, de l'indemnisation des victimes et de tout le reste.

Je dirai également que par la suite, Benny est venu au Canada, et j'ai donc pu me fonder sur son cas pour étudier ce qu'il advenait des enfants victimes de la thalidomide. Comme je m'occupe depuis longtemps des amputés de querre du Canada, je connais bien le domaine des membres artificiels, et j'ai donc été consulté dès le début sur l'utilisation éventuelle de membres artificiels afin d'assurer certaines fonctions à des victimes de la thalidomide.

J'ai dit dès le début—et je ne pense pas m'être trompé—que très peu de victimes de la thalidomide pourraient utiliser un appareil ou une prothèse.

Mon troisième intérêt, qui est lié lui aussi au cas de Benny, a porté sur ce qu'il advenait des revendications des victimes sur le plan juridique. Quatrièmement, lorsque ces victimes ont atteint l'âge adulte, je me suis intéressé à leurs perspectives d'emploi. Il existe, aux amputés de guerre du Canada, un programme destiné aux enfants qui s'appelle CHAMP; certaines des jeunes victimes de la thalidomide ont été inscrites à ce programme à l'âge de 14 ou 15 ans. Nous leur avons donné de l'emploi à notre service des étiquettes de porte-clés.

Je m'intéresse donc beaucoup à la thalidomide, et vous comprendrez pourquoi.

J'en viens maintenant à notre mémoire. Je suppose, monsieur le président, mesdames et messieurs, que vous avez eu l'occasion de parcourir ce volumineux document. Ce n'est que le premier volume. Le rapport du groupe de travail sur la thalidomide en comportait trois.

[*Text*]

The task force was put together in mid-1987. We partly used the Access to Information Act to find out what had happened in the early days of the thalidomide story. I do honestly believe it is all here, but it finishes with one conclusion, which is that there is some government responsibility in the area of compensation.

• 0920

With regard to the submission itself, as I say, I am not going to read it, but would like to highlight one or two points. Firstly, to put the matter into perspective, you will notice that the first date, on page 1 of our submission, is 1960, which takes us back 30 years. That was when the sale of thalidomide was approved by the Canadian government as a formal action of the Department of National Health and Welfare.

Several years later the drug was taken off the market, but we believe it is a mark against the government that, although other governments took the drug off the market in January, it stayed on the market in Canada for three more months for reasons that have never really been explained. Even after the drug had been banned in the parent country, Germany, it was still on the market and for sale in Canada for some three months.

The next important date was June 1987 when, around the 25th anniversary—if you can use that word, and I hate it—of the thalidomide disaster, there was a lot of publicity and I then realized it was now or never, so I went to some interested Canadian corporations, raised some funds, and we put our task force into operation.

The report of that task force was delivered to the Minister of Health and Welfare in February of 1989 and the minister, the Hon. Perrin Beatty, announced a year later that the government was prepared to make what we considered to be a proposal or an offer. That offer is on the table now and consists of $7.5 million to be divided equally among the victims, of which there are approximately 75. According to the latest information we have, the government wants the applications in by February 1991 and the first grants would be made in 1991, with the second half made in the next year.

So the offer on the table provides that if there does turn out to be 75 victims and if we do receive $7.5 million, each thalidomide victim would receive $50,000 in the current fiscal year, regardless of the degree of disability, and another $50,000 in the next fiscal year.

That amount may have looked like a lot of money, and it is a lot of money, but if you had studied the thalidomide situation through all the years, realizing that nothing had been paid for many, many years in Canada while the victims in other countries were being paid, and that Canada was thus very much in arrears as far as coming up with any money was concerned, and if you looked at all the reports we had from experts in the field as to what this type of compensation should be or what this kind of disability should be worth, the amount did not seem to be enough. But the task force did not take it upon itself to come to that conclusion.

[*Translation*]

Le groupe de travail a été constitué à l'été 1987. Nous nous sommes inspirés de la Loi sur l'accès à l'information pour savoir ce qui s'était passé au tout début de l'histoire de la thalidomide. Je pense honnêtement que tout y est, et il se termine sur la concluusion suivante: le gouvernement a une responsabilité sur le plan de l'indemnisation des victimes.

En ce qui concerne le mémoire proprement dit, je n'ai pas l'intention d'en donner lecture, mais je voudrais insister sur un ou deux des arguments qui s'y trouvent. Tout d'abord, pour placer la question en perspective, vous remarquerez que la première date de la page 1 est 1960, ce qui nous ramène 30 ans en arrière. C'est la date à laquelle la vente de la thalidomide a été officiellement approuvée par le gouvernement canadien et par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Plusieurs années plus tard, ce médicament a été retiré du marché, mais ce qui, à notre avis, joue en défaveur du gouvernement, c'est que dans les autres pays, les autorités ont retiré le médicament du marché en janvier, alors qu'il est resté en vente trois mois de plus au Canada, pour des raisons qui n'ont jamais été expliquées. Après avoir été interdit dans son pays d'origine, l'Allemagne, le médicament est resté en vente pendant environ trois mois de plus au Canada.

La date suivante est celle de juin 1987, soit aux environs du 25e anniversaire—si je peux utiliser ce mot que je déteste—du désastre de la thalidomide; à cette époque, on a consacré beaucoup de publicité à la question et je me suis dit que c'était le moment ou jamais d'intervenir. Je me suis adressé à des sociétés canadiennes qui s'intéressaient au problème, nous avons levé des fonds et entamé les activités de notre groupe de travail.

Celui-ci a remis son rapport au ministre de la Santé nationale et du bien-être social en février 1989, et le ministre, l'honorable Perrin Beatty, a annoncé un an plus tard que le gouvernement était disposé à présenter ce que nous avons considéré comme une proposition ou une offre. Cette offre est actuellement sur la table; elle comporte 7.5 millions de dollars à répartir uniformément entre les victimes, qui sont au nombre d'environ 75. D'après les renseignements les plus récents, le gouvernement souhaiterait recevoir les demandes avant février 1991 et les premiers versements seraient effectués en 1991, la deuxième moitié devant être versée l'année suivante.

D'après cette proposition, s'il s'avère que les victimes sont au nombre de 75 et que nous recevons 7.5 millions de dollars, chaque victime va recevoir 50,000$ au titre de l'année financière en cours, quel que soit son degré d'invalidité, puis un autre montant de 50,000$ au cours de l'année financière suivante.

On peut considérer qu'il s'agit là de montants importants, mais si vous avez suivi le dossier de la thalidomide, vous admettrez que cela n'est pas suffisant, compte tenu de ce que les victimes canadiennes sont restées pendant des années sans la moindre indemnisation, alors que dans d'autres pays, on leur en avait accordé; le Canada est donc très en arrière sur le plan des mesures financières, et si l'on considère tous les rapports d'experts concernant le montant de l'indemnisation et l'évaluation des incapacités, les montants proposés n'ont rien d'extraordinaire. Mais le groupe de travail n'a pas cru bon de formuler une conclusion en ce sens.

[*Texte*]

We engaged—without cost to us, I might add—firms of insurance actuaries, legal experts, medical experts, rehabilitation experts, and social welfare experts and asked what a fair compensation in this day and age would be for these kinds of disabilities. Of course, the figures we received were considerably more than could have been provided by way of compensation from the government's $7.5 million.

Mr. Beatty's report came out in February. We went back in April with a counter-proposal, which has been the subject of what I would call on-and-off discussions with the government since last April. When I say on and off, I preface my remark by saying that we are satisfied with what is happening currently, because it does seem that the officials we are meeting with in Health and Welfare are genuinely interested in looking at some of the proposals we are putting forward. Having said that, though, I think there is a role here for this committee to hear our side of this, and then if you want to get further information from the government people, of course you know how to go about that.

• 0925

On the other point about the offer of $7.5 million, the first thing, as I say, is that our study group challenged the amount. The other area we had to challenge was the equal distribution, because that simply did not make any sense at all to us, and still does not. In other words, if I can put it down to personalities who are with us today, we have Marie Olney who has what is called upper phocomelia. Marie was born without both of her forearms. We have Paul Murphy with us, who has no arms and no legs. Saying that both types of thalidomide victims would get the same money does not make any sense at all.

I must say that I am extremely proud of the thalidomide victims themselves, because they got together and said that ther did not agree with this at all. Even though it would have meant that those with a lesser disability would have been getting the same amount of money as those with a greater disability, the ones with the lesser disability were prepared to take less to see justice on behalf of those who would, because of their disability, warrant more.

We did—and they are all available in the documents to the committee—go to Professor Steven Scott of McGill University, who is an expert on constitutional law, and we asked how this stands up under the Charter of Rights. We have a long legal opinion, but in one word, it is the opinion of Professor Steven Scott that to make this distribution based evenly without reference to the degree of disability would in fact be a contravention of the Charter of Rights and Freedoms. So that is an area with which we are dealing with the government right now.

Another point that has been contentious and certainly has been foremost in this entire thalidomide study has been the question of legal settlements. The drug was manufactured in Germany. It was then licensed to the Richardson, Merrill

[*Traduction*]

Nous avons obtenu—gratuitement, je le signale—les services de cabinets d'actuaires d'assurance, de jurisconsultes, de médecins spécialistes, d'experts en réadaptation et des spécialistes en bien-être social; nous leur avons demandé à combien devrait s'élever une juste indemnisation des personnes atteintes de ce genre d'incapacité. Naturellement, les chiffres qu'on nous a donnés dépassent de beaucoup ce que pourraient obtenir les victimes grâce au 7.5 millions de dollars proposés par le gouvernement.

M. Beatty a présenté son rapport en février. En avril suivant, nous lui avons soumis une contre-proposition, qui a fait l'objet, depuis lors, de discussions intermittentes entre le gouvernement et nous. Je les qualifie d'intermittentes, mais je vous rappelle que nous sommes satisfaits de la tournure actuelle des événements, car il semble que les fonctionnaires de Santé et Bien-être que nous rencontrons sont bien décidés à prendre nos propositions en considération. Cela étant dit, je pense qu'il incombe à ce comité d'entendre notre version de l'histoire; si vous voulez obtenir d'autres renseignements du gouvernement, vous savez comment procéder.

En ce qui concerne l'offre de 7.5 millions de dollars, au départ, comme je l'ai dit, notre groupe d'étude en conteste le montant. Ce que nous contestons également, c'est sa répartition en parts égales, car à notre avis, cela n'a aucun sens. Si vous me permettez de faire référence aux personnes qui nous accompagnent aujourd'hui, nous avons ici Marie Olney, qui présente un cas de phocomélie des membres supérieurs. A sa naissance, Marie n'avait pas d'avants-bras. Nous avons également ici présent Paul Murphy, qui n'a ni bras ni jambes. Pour nous, il est inconcevable que ces deux cas de victimes de la thalidomide reçoivent une indemnisation identique.

Je dois dire que je suis très fier des victimes elles-mêmes, car elles se sont réunies pour dire qu'elles n'acceptaient pas le principe de la répartition à parts égales. Selon ce principe, les victimes présentant une invalidité moins importante auraient reçu le même montant que celles dont l'invalidité est plus grave, mais elles ont accepté de recevoir moins d'argent pour que l'on favorise davantage les victimes qui, du fait de leur degré d'invalidité, doivent avoir droit à une plus forte indemnisation.

Nous nous sommes adressés—tous les renseignements figurent dans les documents remis au comité—au professeur Steven Scott, de l'Université McGill, qui est expert en droit constitutionnel, et nous lui avons demandé si la proposition gouvernementale résisterait au test de la charte des droits. Nous avons reçu un avis juridique détaillé, mais en un mot, M. Steven Scott estime qu'une répartition à parts égales qui ne tiendrait pas compte du degré d'invalidité contreviendrait à la charte des droits et libertés. Voilà donc un sujet dont nous nous entretenons actuellement avec le gouvernement.

Il existe un autre élément contreversé et dont on a beaucoup parlé tout au long de l'étude sur la thalidomide: c'est la question des versements effectués par la compagnie pharmaceutique. Le médicament était fabriqué en Allemagne.

[*Text*]

Company of Cincinatti, Ohio, with distribution rights for all of North America. Richardson, Merrill of Ohio made an application to the federal government in Canada for acceptance of this drug as a prescription drug. It is interesting, ladies and gentlemen, that the exact same application, word for word, was made to the United States government and they turned it down. They said that this is a dangerous drug. However, the Canadian authorities admitted the drug.

Once it came onto the market, of course we know then that the first place the government said the victim should turn was to the manufacturers. That posed very severe problems, because, firstly, the statute of limitations had expired by the time people got thinking about compensation; secondly, you were dealing with a United States manufacturer so you had to deal with a jurisdiction outside of Canada; and, thirdly, by that time 10 years had gone by and records had scattered all over the place. But there was a scramble and, to be fair about it, it ended up that some legal settlements were made. We have provided that information to the committee, and we will give it to you in detail a bit later.

But many thalidomide victims got no compensation at all from the drug companies. The largest settlement was $480,000, but there was only one of those. The average was somewhere around $40,000, for those who got settlements. Many, as I say, did not get settlements at all.

• 0930

That has posed a very real problem. The public has been watching this. The media has been watching it. Members of Parliament have been watching it. They have quite rightly said that surely the drug company must accept some responsibility. Well, it was not all that easy.

There is a great deal in our task force report about the problems encountered in getting any settlements at all. I do not think is fair—and we will bring this in a bit later—for the Government of Canada to now say that it is not legally liable. Incidentally, we do not think the government is legally liable, but we do not think it is fair for the government to say that it is entirely the responsibility of the drug companies. Maybe it was and maybe it was not.

Secondly, the practical problem of getting those settlements from those drug companies were just enormous, and when I say drug companies, the Canadian company called Horner, which was the Canadian licensee, was really acting on behalf of Richardson, Merrell, so it is really one drug company in the United States. As a result we have to take into consideration the fact that legal settlements were not and can never be considered as the answer to compensation.

We make some specific points about the legal settlements. First, there were gross, gross inequalities. As I mentioned, some people got as much as $400,000 and other people got $30,000. There was little or no provision for

[*Translation*]

Il a ensuite fait l'objet d'une licence accordée à la compagnie Richardson Merrill de Cincinatti, en Ohio, qui portait sur les droits de distribution pour l'ensemble de l'Amérique du Nord. Richardson Merrill de l'Ohio a demandé au gouvernement fédéral canadien d'accepter la vente de ce médicament sous ordonnance. Vous remarquerez, mesdames et messieurs, que la compagnie a soumis exactement la même demande—mot pour mot—au gouvernement des Etats-Unis, qui l'a rejetée, aux motifs qu'il s'agissait d'un médicament dangereux. En revanche, les autorités canadiennes ont accepté ce médicament.

Nous savons qu'ensuite, le gouvernement a invité les victimes à s'adresser aux fabricants, ce qui a causé de très graves problèmes, d'abord parce que les délais de prescription étaient écoulés lorsque les familles des victimes ont commencé à penser à une indemnisation; ensuite, on avait à faire à un fabricant américain, relevant donc d'une juridiction étrangère; et troisièmement, 10 ans s'étaient écoulés, et les pièces à réunir étaient éparpillées un peu partout. Mais après s'être fait bousculer un peu, le fabricant a effectivement accordé certaines indemnités. Nous avons fourni tous les renseignements pertinents au comité, et nous vous les présenterons en détail tout à l'heure.

Mais il reste que de nombreuses victimes de la thalidomide n'ont obtenu aucune indemnisation des compagnies pharmaceutiques. Le plus fort montant accordé par ces dernières était de 480.000$, mais ce fut un cas unique. Les versements ont atteint en moyenne 40.000$, lorsque les victimes en ont reçu un. Je le répète, nombre d'entre elles n'ont rien obtenu.

Cela a posé un problème très réel. La population a suivi la situation de près, de même que les média et les députés. Ils ont dit avec raison que la compagnie pharmaceutique devait accepter une certaine part de responsabilité. Eh bien, cela a été loin d'être aussi facile.

Le rapport de notre groupe de travail parle longuement des problèmes rencontrés pour obtenir des indemnités. Je ne pense pas que cela soit juste—et nous en parlerons un peu plus tard—que le gouvernement du Canada dise maintenant qu'il n'a aucune responsabilité légale. (Nous ne croyons pas que le gouvernement soit légalement responsable, mais à notre avis il n'est pas juste que le gouvernement dise que la responsabilité incombe entièrement aux compagnies pharmaceutiques. Peut-être que oui, peut-être que non.

Deuxièmement, il a été difficile, du point de vue pratique, d'obtenir ces indemnités des compagnies pharmaceutiques, et lorsque je parle des compagnies pharmaceutiques, la compagnie canadienne appelée Horner, qui était concessionnaire d'une licence au Canada, agissait en fait au nom de Richardson Merrell, de sorte qu'il s'agit en réalité d'une société pharmaceutique américaine. Par conséquent, nous devons tenir compte du fait que les montants reçus de la compagnie pharmaceutique n'ont pas été et ne pourront jamais être considérés comme étant la réponse aux indemnités.

Nous faisons des observations bien précises au sujet des indemnités versées par la compagnie pharmaceutique. Tout d'abord, il y a eu des injustices flagrantes. Comme je l'ai dit, certaines personnes ont reçu jusqu'à 400.000$ tandis que

[*Texte*]

inflation in these settlements. The other part of it is that the full legal story will never be known because the consent judgments that were signed by the families, or by the lawyers on behalf of the families, produced what you might call a gag order. Therefore it is not possible even yet to reveal the full amount of settlement of any specific case. We can say that we know that case 22 got so much money, but it would be contrary to the consent judgment of the U.S. courts to say who that person was. So the full story will never really be known.

Another thing that is probably foremost when we talk about legal settlements is that a great deal of legal work had to be done. Top-notch trial lawyers in the United States had to be engaged, and these people could not be expected to work for nothing, so whatever the settlements were, of course taken off the top were the legal costs, and the victims got the net amounts.

I think the final point is, and I make it again, that quite a number, probably as many as 20 or 30, got no settlements at all.

I would make one other comment that is not in the brief. Even if you take the case of the highest settlement and if you were to add to that the amount of compensation we are asking for in our counter-proposal to the minister, that would come to something like $33,000 a year. If you compare that with court settlements, of course it is ridiculous. Court settlements for a person with loss of use of all four limbs and other multiple disabilities are ranging today somewhere in the area of $6 million or $7 million, and we are not being ridiculous. We are not saying that amount should be paid, but we are saying that it is a comparative basis.

For example, I have some expertise in the area of the compensation for war-disabled veterans. A war-disabled veteran with a family, who is 65 years of age or over, tax free at 100% pension, plus the maximum rate of exceptional incapacity allowance and the maximum rate of a tenant's allowance, receives considerably more than the $33,000 the top thalidamide victim would get, taking into account the highest court settlement plus the highest amount we are asking for in our proposal. So I do not think anything here is out of line financially.

• 0935

In our discussions with Department of National Health and Welfare officials we challenged the situation of equal distribution. We told them it simply was not fair to say here is "x" amount of money, divide it by 75 and parcel it out. They asked how we would do it, so we put our "experts" to work—this is on page 4 of the brief—and produced a group of disability profiles.

I am not saying this is the best piece of administrative work I have ever seen, but the thalidomide victims themselves, the rehabilitation experts, the medical experts, the actuaries, the people we involved in the task force, all

[*Traduction*]

d'autres n'ont reçu que 30,000$. Ces indemnités ne tenaient pas ou très peu compte de l'inflation. En outre, on ne connaîtra jamais vraiment le fond de l'histoire car le jugement convenu qui a été signé par les familles, ou par les avocats qui agissaient au nom des familles, a produit ce que l'on pourrait appeler une ordonnance de baîllonnement. Par conséquent, il n'est pas possible même de révéler le plein montant de l'indemnité reçue dans aucun des cas. Nous pouvons dire que nous savons que le cas numéro 22 a reçu tel montant, mais il serait contraire au jugement convenu des tribunaux américains de dire qui était le bénéficiaire. Nous ne connaîtrons donc jamais vraiment toute l'histoire.

Un autre élément qui est sans doute des plus importants dans cette affaire, c'est tout le travail juridique qui a dû être accompli. Il a fallu retenir les services d'avocats qui étaient parmi les meilleurs aux États-Unis, et on ne pouvait pas s'attendre à ce que ces gens travaillent pour rien, de sorte qu'il a fallu déduire les frais de justice du montant obtenu, et les victimes ont donc obtenu ce qu'il en restait.

Enfin, de nombreuses victimes, peut-être même jusqu'à 20 ou 30 n'ont obtenu aucune indemnité.

Je vais faire une autre remarque qui ne se trouve pas dans le mémoire. Même si l'on prenait le cas de l'indemnité la plus élevée et qu'on y ajoutait le montant de l'indemnité que nous demandons dans notre contre-proposition au ministre, on arriverait à quelque chose comme 33,000$ par an. Si l'on compare ce montant à ceux accordés par les tribunaux, bien sûr cela est ridicule. Pour une personne qui a perdu l'usage des quatre membres et d'autres invalidités multiples, les tribunaux accordent aujourd'hui entre six millions de dollars et sept millions de dollars. Mais nous n'exagérons pas, nous ne disons pas que ces montants devraient être versés, mais nous les citons à titre de comparaison.

Par exemple, j'ai une certaine expérience dans le domaine des indemnités pour les invalides de guerre. Un invalide de guerre qui a une famille, qui a 65 ans ou plus, qui reçoit une rente de 100 p. 100 non imposée, plus le maximum de l'allocation exceptionnelle pour invalidité et le maximum de l'allocation pour soins, reçoit considérablement plus que le montant maximum de 33,000$ qu'une victime de la thalidomide recevrait, en tenant compte de l'indemnité la plus élevée accordée par les tribunaux et du montant le plus élevé que nous demandons dans notre proposition. Par conséquent, je ne crois pas que tel montant soit déraisonnable.

Au cours de nos entretiens avec les fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social nous avons contesté le principe actuel de la répartition égale. Nous leur avons dit qu'il n'était tout simplement pas juste qu'un montant «x» d'argent soit divisé par 75. Ils nous ont demandé ce que nous ferions, alors nous avons demandé à nos experts—c'est à la page 4 du mémoire—de produire une série de profils d'invalidité.

Je ne dis pas qu'il s'agit du meilleur travail administratif que j'aie jamais vu, mais les victimes de la thalidomide elle-même, les experts en réhabilitation, les experts médicaux, les actuaires, les membres du groupe de travail, ont tous

[*Text*]

had input into this thing. So these profiles are not simply a figment of the collective imagination of my task force working in conjunction with the Thalidomide Victims Association of Canada. I am sure these profiles would stand up to the scrutiny of any experts this committee might call.

Take grade 1, for example, that is the top level. What would be a grade 1 thalidomide victim under these profiles? That would be a person with a loss or loss of use of all four limbs with other severe disabilities.

Let us stop for a minute to consider these added severe disabilities. The mothers took the drug during the early stages of pregnancy and the damage was done at the time the limb buds were forming in the embryo. If the drug continued to be taken, in many of these people there was very severe internal damage which is not readily apparent. So that would be grade 1, and we go right down to grade 10, which would be the loss of one lower limb.

This why I think you can see that some expertise has gone into this. What do you do with one of our Quebec lads, for example, who has both arms and both legs but no voice box? He has tremendous internal and mental damage. How do you assess him?

Someone—and you have a whole department of National Health and Welfare experts on this—would have to look at this particular case and recognize that while he does have all four limbs, the internal damage is severe. He could very easily be put into one of the grades, anywhere from grade 1 on down. This is one of the problems of developing profiles for thalidomide victims, but I suggest to you that we have done our homework in that particular area.

The next question is "how much". What we have proposed for the top grade, the person with loss of use of all four limbs and internal damage, is a basic $1,000 per month. We have added two other categories of compensation because we think that when the experts in Health and Welfare sit down to decide how much, they should not be hamstrung by a profile guide of $1,000. We borrowed these two categories from the Veterans Pension Act. One of them is an attendant's allowance. If the thalidomide victim can show that he or she requires an attendant then an additional allowance can be paid, up to a maximum of $500.

• 0940

The third area is again one borrowed from the extensive work that has been done to produce a veterans' pension act in Canada, and we have one of the best in the world. It became very apparent several years ago that you had to have something called exceptional incapacity, which is a third way, a third avenue by which adjudicators can say, yes, $1,000 basic, so much for attendance allowance, but there is an exceptional incapacity, and so we have produced some rather

[*Translation*]

participé à la préparation de ces critères d'invalidité. Ces critères ne sont pas tout simplement une invention collective de mon groupe de travail et de l'association des victimes de la thalidomide du Canada. Je suis certain que ces critères sauraient résister à l'examen minutieux de n'importe quel expert que votre comité pourrait consulter.

Prenez le niveau 1, par exemple, le niveau maximal. Une victime de la thalidomide de niveau 1 est une personne qui a perdu ou perdu l'usage des quatre membres, en plus de graves invalidités.

Prenons une minute pour parler de ces graves invalidités. Les mères ont pris le médicament au cours des toutes premières étapes de la grossesse et les dommages ont été faits au moment où les membres de l'embryon se formaient. Lorsque la mère a continué à prendre le médicament, dans bien des cas leur bébé a subi des dommages internes très graves qui n'étaient pas tout de suite apparents. Voilà donc en quoi consiste le niveau 1, et il y a 10 niveaux d'invalidité, le niveau 10 étant le moins élevé, soit la perte d'un membre inférieur.

Vous pouvez donc voir que ces critères ont été établis par des experts. Comment évalue-t-on un de nos gars du Québec, par exemple, qui a ses deux bras et ses deux jambes, mais qui n'a pas de larynx? Il a subi beaucoup de dommages internes et mentaux. Comment évalue-t-on cela?

Quelqu'un—et vous avez des experts au ministère de la Santée nationale et du Bien-être social—devrait examiner ce cas particulier et admettre que bien que jeune homme ait ses quatre membres, les dommages internes sont graves. Il pourrait très facilement être placé à l'un de ces 10 niveaux. Ce n'est qu'un exemple des problèmes qui se posent lorsque l'on dévelope les profils des victimes de la thalidomide, mais je vous assure que nous avons fait beaucoup de travail de côté-là.

La question suivante est «combien». Ce que nous proposons pour le niveau 1, la personne qui a perdu l'usage des quatre membres et qui souffre en plus de graves invalidités, ait un montant de base de 1,000$ par mois. Nous avons ajouté deux autres catégories d'indemnisation car nous croyons que lorsque les experts de Santé et Bien-Être prendront une décision, ils ne devront pas se limiter au taux de base de 1,000$ qui correspond aux profils. Nous avons donc emprunté cette catégorie à la Loi sur les avantages destinés aux anciens combattants. Il y a d'abord l'allocation pour soins. Si la victime de la thalidomide peut prouver qu'elle a besoin de quelqu'un pour prendre soin d'elle, alors elle peut recevoir une allocation supplémentaire jusqu'à concurrence de 500$.

La troisième catégorie encore une fois a été empruntée à la Loi sur les avantages destinés aux anciens combattants, qui est l'une des meilleures au monde. Il est devenu très évident, il y a plusieurs années, qu'il fallait avoir quelque chose qu'on appelle incapacité exceptionnelle, et nous avons donc élaboré des lignes directrices assez complètes à ce sujet. Il y a donc trois façons d'établir cette indemnité. Par conséquent, le montant maximal auquel une personne peut avoir droit serait

[*Texte*]

extensive guidelines. There were really three ways that this compensation could be adjudicated. The result would be that for your top person—the $1,000 level—$500 for attendance allowance, and $500 for exceptional incapacity allowance, which comes to $2,000 a month.

I want to speak now about the departmental responses. If you have had a chance to look at the brief, this is at the bottom of page 5. I recognize that I have a responsibility here to do two things. The first is to spell out the responses that have come from the Minister of National Health and Welfare in critical terms. I also have a responsibility to indicate those responses with which we were satisfied. It is very apparent to me—and I am only one person, of course—that the minister has been suffering from an illness that we might call being ill informed on this whole issue. Perhaps nobody is responsible for that.

You have to understand that I was one of the main players. I have been part of the thalidomide story since 1960. I do not have a bad memory and I do have access to files. When I see that the minister has been told such and such happened, I suppose the minister really was in the position to say, well, my officials tell me such and such happened. But there were certain things that became public that we feel we have to challenge in this appearance. I will try to be as uncritical about it as I can.

The first statement that was made publicly by the minister was that the government provided assistance for rehabilitation counselling and other services for thalidomide victims and their families. That is a big mouthful. This statement was made in the House, and it was made publicly in the media. It was simply said that the government provided assistance for rehabilitation couselling, etc. I, of course, know that assistance was very, very little, but do not take my word for it. We have the Thalidomide Victims Association represented here today and they can certainly tell you, and they have told us, that very little of any of the assistance or of whatever the government was doing in the early days filtered down to the individual victim himself or herself.

Another statement by the minister was that the government had aided a number of families in the legal claims. With all due respect, we have to challenge that statement. The government did very belatedly, 12 years after the disaster, contact some thalidomide families and say that if they wanted to make a claim, to get in touch with Mr. Donald Tracey of Cincinatti, Ohio, of the firm of Spangdenburg and Tracey, because they are taking claims against the drug company. That, as far as we have been able to determine, is as much assistance as the federal government gave to any thalidomide families in connection with their legal claims.

I regret to have to say this, but the statements the minister has been making in this area are certainly open to challenge, both by persons such as myself who have been main players and, more particularly, by the thalidomide victims and their families.

[*Traduction*]

de 2,000$ par mois, soit le taux de base maximum de 1,000$ par mois, l'allocation pour soins de 500$ et l'allocation de 500$ pour incapacité exceptionnelle.

Je vais aborder maintenant la réponse du ministère. Si vous avez eu l'occasion de jeter un coup d'oeil sur le mémoire, c'est à la page 6. Je reconnais que j'ai la responsabilité de faire deux choses ici. La première consiste à critiquer les réponses que nous a données le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. J'ai également la responsabilité de vous dire quelles réponses nous ont satisfait. Il m'apparaît très évident—et je ne suis qu'un parmi d'autres, bien sûr, que le ministre a fort mal renseigné sur toute cette question. Peut être que personne n'en est responsable.

Vous devez comprendre que j'ai été l'un des principaux intervenants. Je m'occupe de la question de la thalidomide depuis 1960. Je n'ai pas mauvaise mémoire et j'ai accès aux dossiers. Lorsque je constate que le ministre s'est fait dire que telle et telle chose s'est produite, je suppose que le ministre pouvait vraiment dire que ses hauts fonctionnaires l'en avaient informé. Mais certaines choses sont devenues du domaine public et nous estimons que nous devons aujourd'hui les contester. Je vais tenter de le faire avec le moins de critique possible.

La première déclaration faite publiquement par le ministre était que le gouvernement avait fourni de l'aide pour des conseils en réhabilitation et d'autres services aux victimes de la thalidomide et à leurs familles. Quelle exagération! C'est ce qui a été déclaré en pleine Chambre, et dans les média. On a tout simplement dit que le gouvernement avait offert son appui sous forme de consultations pour la réadaptation, etc. Personnellement, je sais que cet appui était extrêmement minime, mais ne me croyez pas sur parole. Nous avons ici des représentants de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide qui peuvent vous dire, comme ils nous l'ont dit, que seule une partie infime de ce que le gouvernement faisait est parvenu en fin de compte aux victimes.

Le ministre a déclaré en outre que le gouvernement a aidé un certain nombre de familles à présenter leurs demandes d'indemnisation aux compagnies pharmaceutiques. Sauf votre respect, nous devons réfuter cette déclaration. Le gouvernement a, avec beaucoup de retard, soit 12 ans après le désastre, communiqué avec certaines familles des victimes en leur disant que si elles voulaient présenter une demande d'indemnisation, elles devaient communiquer avec M. Donald Tracey de la firme Spangdenburg and Tracey, à Cincinatti, Ohio, l'un des principaux avocats participant aux réclamations. Voilà à quoi se résume l'aide du gouvernement fédéral aux familles des victimes de la thalidomide en ce qui concerne leurs demandes d'indemnisation.

Je regrette d'être obligé de le dire, mais les déclarations du ministre à cet égard peuvent certainement être réfutées, par des gens comme moi-même en tant que principal intervenant et plus particulièrement par les victimes de la thalidomide et leurs familles.

[*Text*]

The other statement the minister has been making quite frequently is that the victims received fair and adequate compensation from the drug companies. That is simply not true. It may be a definition of what is fair and adequate, but in some cases, as I have mentioned, there was no compensation at all. In other cases the compensation was far less than it should have been, and we really do not believe that the statement being made by the minister that the compensation was fair and adequate should be used as a reason for the government saying at this time that they are going to place a limit on how much money will be available.

• 0945

I want to mention next the options we have been following in the task force, because they are rather interesting. There was a very black period after the minister first made his announcement in February of 1989. We went through a very black period, if I can call it that, because were getting nowhere. The government was saying that we were just one more group of disabled people requiring assistance. As a result, we lodged a claim before the Human Rights Committee of the United Nations.

I have said consistently publicly, and I am saying in this report, that—how shall I say this?—it gave us no great joy to take the Government of Canada before the Human Rights Committee in Geneva. I have been there six times, and in Geneva we have an excellent human rights record and there are people there who would just love to jump on the fact that: oh, do you mean to tell me that Canada has a group of seriously disabled people and the government has some responsibility for their condition but they are not being fairly compensated? However, we had to do it because the government was not moving.

We still have this initiative going in front of the Human Rights Committee. Mr. Brian Forbes, the lawyer, can give you more information on it if you want to ask questions later. But what has happened is that, much to my surprise at least, the Human Rights Committee took it very seriously. Instead of leaving it on the back burner, as they do with many of these claims, they jumped on it. They sent it to the Government of Canada. The Government of Canada responded, saying that they had offered $7.5 million. We then were given a chance to respond. We went back to the Human Rights Committee. We responded, saying that, yes, that offer was made but we feel it is not sufficient for various reasons. At this moment the Human Rights Committee in Geneva is still waiting for a counter-response from the federal government. So we have that option, and we are of course pursuing it.

The other option we are pursuing is the one we are pursuing this morning. As I explained to some of the members, if you wonder why I would come and say that we are satisfied with the negotiations with the government, why

[*Translation*]

Une autre chose que le ministre a déclaré, c'est que les victimes ont reçu une indemnité équitable et appropriée de la compagnie pharmaceutique. Cela n'est pas vrai du tout. C'est peut-être une définition de ce qui est équitable et approprié, mais dans certains cas, comme je l'ai dit, les victimes n'ont reçu aucune indemnité. Dans d'autres cas, l'indemnité était beaucoup moins élevée qu'elle aurait dû être, et nous ne croyons vraiment pas que le fait que le ministre ait déclaré que l'indemnité avait été équitable et appropriée devrait justifier que le gouvernement dise aujourd'hui qu'il imposera une limite aux montants qui seront versés.

Je vais maintenant vous parler des quelques options qui s'offrent actuellement à notre groupe de travail et aux victimes, car elles sont assez intéressantes. Après que le ministre eut fait sa première annonce en février 1989, il y eut une période très noire. Nous avons connu une période très noire, car nous n'allions nulle part. Le gouvernement disait que nous n'étions qu'un groupe de handicapés de plus qui demandait de l'aide. Par conséquent, nous avons présenté une demande devant le Comité des Nations Unies sur les droits de la personne.

Comme je l'ai dit publiquement à plusieurs reprises et comme nous le disons dans notre rapport—comment dirais-je?—ce n'est pas de gaiété de coeur que nous avons décidé d'aller devant le Comité des droits de la personne à Genève, embarassant ainsi le gouvernement du Canada. J'y suis allé six fois, et à Genève nous avons une excellent dossier en ce qui concerne les droits de la personne. Il y a des gens là-bas qui seraient ravis de saisir cette occasion pour dire: Vous voulez-dire qu'au Canada il y a un groupe de personnes qui sont gravement handicapées et que le gouvernement a une certaine responsabilité dans cette affaire, mais qu'il ne leur accorde pas une indemnité équitable? Quoi qu'il en soit, nous avons été réduits à aller devant ce comité parce que le gouvernement ne bougeait pas.

Nous poursuivons donc notre action auprès du Comité des droits de la personne. M. Brian Forbes, notre avocat, peut vous donner plus de renseignements à ce sujet si vous voulez lui poser des questions plus tard. Quoi qu'il en soit, j'ai été fort surpris de constater que le Comité des Nations Unies sur les droits de la personne a pris l'affaire vraiment au sérieux. Plutôt que de laisser cette affaire en veilleuse, comme il le fait dans bien des cas du genre, il a saisi l'occasion. Il en a parlé au gouvernement du Canada. Le gouvernement du Canada a répondu en disant qu'il avait offert 7.5 millions de dollars. On nous a ensuite donné l'occasion de répondre. Nous sommes retournés voir le Comité des Nations Unies sur les droits de la personne. Nous avons répondu que le gouvernement du Canada avait fait une offre mais qu'à notre avis elle était insuffisante pour diverses raisons. En ce moment, le Comité des Nations Unies sur les droits de la personne à Genève attend toujours une réponse du gouvernement fédéral. Nous avons donc cette option que nous poursuivons.

L'autre option est celle que nous poursuivons ce matin. Comme je l'ai expliqué à certains des députés, pourquoi viendrais-je vous faire gaspiller votre temps pour vous dire que nous sommes satisfaits des négociations avec le

[*Texte*]

would I take up your time, firstly we really do not know how those negotiations are going to work, but that is not the point. My point is that I feel that the Members of Parliament, particularly of this committee, are entitled to know the whole thalidomide story. You are entitled to hear it from our side—you can hear it from the government side as well—because it is a very big public issue. I am sure I do not have to say at any length that if you looked at our clipping file or you looked at our media file, then you would be astounded—almost anybody would—at the number of references there have been in the print media, in the television media, and in the radio media to this issue.

So it is a big public issue. It may not loom terribly large in connection with all the tremendous problems Members of Parliament have today, but it is a large issue. It is one where we feel that this committee should have an opportunity of hearing our side of the story and that we should have an opportunity of airing this story in a public forum because this is the first time that has ever been done. So we have the option of the parliamentary committee, and we are pursuing that this morning.

I might also mention to you that we have another option open. I hope we do not have to take it; but if the government persists in its plan of equal distribution, then we have already notified the government of our intent to go to the Federal Court of Canada and mount a challenge under the Charter, because it does not make any sense that a thalidomide victim with the loss of use of two limbs should get the same amount of money as a victim with the loss of use of four limbs.

I have mentioned in our brief the question of an *ex gratia* payment simply to put everyone's mind at rest. We are not suing the Canadian government. We are not saying that the Canadian government has any legal liability. We are saying that we would be quite happy to have what is known as an *ex gratia* payment, which does not imply wrongdoing on the part of anyone. It is simply the fact that the government has looked at all the facts and said a payment can be made *ex* gratia; in other words, it can be made without assessing liability, wrongdoing or anything else. It is a very easy, simple way to do it.

• 0950

On the question of the legal liability, this issue has come up in the media many times. I want to clarify it once and for all before these committee. If you go back to our thalidomide report, our original report from the task force, it was made clear right from the start:

> It is clear. . .that the thalidomide victims in Canada have no claim in law against the Canadian government.

I think we all have to understand that we have never said that, but we have said there is a responsibility.

I want to read you two other quotes from our report:

[*Traduction*]

gouvernement. Tout d'abord, nous ne savons vraiment pas quelle sera l'issue de ces négociations, mais là n'est pas la question. J'estime que les députés, particulièrement les membres de votre comité, ont le droit de connaître toute l'histoire en ce qui concerne les victimes de la thalidomine. Vous avez le droit d'entendre notre version—vous pourrez entendre également la version du gouvernement—car c'est une question d'intérêt public qui est très importante. Inutile de vous dire, vous le savez déjà, qu'on en a déjà beaucoup parlé dans les journaux, à la télévision et à la radio.

C'est donc une question d'intérêt public importante. Cette question ne fait peut-être pas le poids par rapport à tous les problèmes que connaissent les députés aujourd'hui, mais c'est néanmoins une question importante. Nous sommes d'avis que votre comité devrait avoir l'occasion d'entendre notre version dans le cas d'audiences publiques car c'est la première fois qu'on le fait. Nous avons donc l'option du comité parlementaire, option que nous poursuivons ce matin.

Une troisième option s'offre à nous. J'espère que nous ne serons pas obligés de la choisir; mais si le gouvernement persiste à vouloir accorder des indemnités égales aux victimes, alors nous avons déjà avisé le gouvernement de notre intention d'intenter un procès au nom des victimes devant la Cour fédérale du Canada, conformément à la Charte des droits, car il n'est pas logique qu'une victime de la thalidomide qui a perdu l'usage de deux membres reçoive le même montant qu'une victime qui a perdu l'usage de ses quatre membres.

J'ai mentionné dans notre mémoire la question des paiements à titre gracieux simplement pour rassurer tout le monde. Nous ne poursuivons pas le gouvernement canadien. Nous ne disons pas que le gouvernement canadien ait la moindre responsabilité légale. Nous disons que la solution du versement à titre gracieux nous satisferait pleinement; cette formule ne comporte aucune attribution des torts à qui que ce soit. Simplement, le gouvernement considère tous les faits et déclare qu'il peut effectuer un versement à titre gracieux; autrement dit, ce genre de paiement peut être effectué sans qu'on ait à se prononcer sur les responsabilités, les torts, ou quoi que ce soit d'autre. C'est la façon la plus simple de procéder.

En ce qui concerne les responsabilités au plan juridique, la question a été soulevée à maintes reprises dans les média. Je tiens à préciser les choses une fois pour toutes devant ce comité. Si vous consultez notre rapport sur la thalidomide, c'est-à-dire le rapport initial du groupe de travail, nous l'avons clairement établi dès le départ:

> Il est évident. . . que les victimes de la thalidomide au Canada n'ont pas de recours légal contre le gouvernement canadien.

Il faut bien comprendre que nous n'avons jamais prétendu qu'elles avaient un recours légal, mais nous affirmons que des responsabilités sont en jeu.

Je vais vous lire d'autres extraits de notre rapport:

[*Text*]

> The very fact that the Minister of National Health and Welfare, speaking on behalf of the federal government, was prepared to arrange for the expenditure of federal funds. . .

This was in the early days. It is certainly an indication. Why would the federal government spend even five cents in the early days of this operation?

Incidentally, I notice Dr. Halliday is with us and he was part of the original committee that looked at this, if my memory serves me correctly. Why would the federal government arrange to spend five cents in delivery of a benefit to disabled persons, which is a provincial responsibility? Why would they get into it at all if they did not feel from the start there was some responsibility; not legal, but some moral responsibility.

Of course the third promise—and I want to say this as strongly as I can—the thalidomide victims have lived with for nearly 30 years was made by the then Minister of National Health and Welfare. I think the parents particularly, and the thalidomide victims as they got a little older, had every reason to expect that something would be done by way of compensation. I will just read the promise. The then Minister of National Health and Welfare, the hon. J. Waldo Monteith, stated:

> It is our job to ensure that these [thalidomide] victims are cared for in the best possible manner [and] that their needs are met to the fullest extent we can devise.

That promise was made 27 years ago. The thalidomide victims are still waiting for the compensation; if you want to put it in the terms of the government's promise, they are "waiting for their needs to be met to the fullest possible extent".

There are just three other points in this submission. One of the areas the Department of National Health and Welfare people have raised with us is that if the federal government makes a grant to a thalidomide victim who is receiving assistance from a province at the moment, would this not mean the province would be saved some money? This is convoluted thinking, in my humble opinion. I think we have to try to straighten it out.

There are some thalidomide victims who are in receipt of assistance from provincial governments; this is true. If a grant is made from the federal government, it may result in a province's saying it is not going to pay as much. The point we try to make there is that it is not something the federal government should be looking at at all. It is not a reason or any excuse for the federal government not to do something. The decision as to whether the thalidomide victim loses some provincial assistance because of a federal grant is a matter for the province and/or the municipality to decide upon. It has no place in any arguments being put up by the federal government so far as we are concerned.

I mentioned earlier that I would give you some specific details about the legal settlements, but I know that we want an opportunity to be questioned here. I will go through this very quickly. I also mentioned earlier that it is a quagmire,

[*Translation*]

> Le fait même que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, en parlant au nom du gouvernement fédéral, était disposé à dépenser des fonds fédéraux. . .

C'était au tout début. De toute évidence, il faut y voir une indication. Pourquoi le gouvernement fédéral aurait-il envisagé de dépenser ne serait-ce que cinq cents au début de cette affaire?

Je remarque ici la présence du D[r] Halliday, qui faisait partie, si je me souviens bien, du premier comité saisi de la question. Pourquoi le gouvernement fédéral aurait-il accepté de verser ne serait-ce que cinq cents de prestation à des personnes handicapées, alors qu'elles relèvent des autorités fédérales? Pourquoi le gouvernement fédéral serait-il intervenu si, au départ, il ne s'attribuait pas une part de responsabilité, du moins morale, sinon juridique?

Naturellement, la troisième promesse—et je tiens à insister beaucoup là-dessus—avec laquelle les victimes de la thalidomide vivent depuis près de 30 ans, a été faite par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque. Les parents et les victimes de la thalidomide, lorsque celles-ci ont été en âge de comprendre, étaient fondés de s'attendre à ce qu'on leur accorde une indemnisation. Je voudrais vous lire la promesse du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque, l'honorable J. Waldo Monteith, qui a déclaré:

> Il est de notre devoir d'assurer à ces victimes (de la thalidomide) les meilleurs soins possibles et de satisfaire leurs besoins de la façon la plus complète qui soit.

Cette promesse a été faite il y a 27 ans. Les victimes de la thalidomide attendent toujours une indemnisation; pour reprendre les termes de la promesse gouvernementale, ils attendent que leurs besoins soient satisfaits de la façon la plus complète qui soit.

Nous formulons trois autres arguments dans ce mémoire. L'un des sujets abordés par les fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, c'est que si le gouvernement fédéral verse un montant quelconque à une victime de la thalidomide qui bénéficie au même moment d'une aide de la province, est-ce que cela ne va pas inciter la province à en profiter pour faire des économies? À mon humble avis, ce raisonnement est tout à fait tortueux. Il faut simplement s'efforcer de résoudre ce genre de difficulté.

Certaines victimes de la thalidomide reçoivent de l'aide de leur gouvernement provincial; c'est vrai. Si le gouvernement fédéral leur accorde un montant d'argent, il se pourrait que la province décide de réduire d'autant l'aide qu'elle leur consacre. Ce que nous voulons dire, c'est que le gouvernement fédéral n'a pas à entrer dans ce genre de considération, et ne doit en faire un prétexte pour éviter d'agir. C'est à la province ou aux autorités municipales qu'il appartient de décider si les victimes de la thalidomide vont perdre une partie de l'aide provinciale ou municipale à cause du versement que les autorités fédérales leur accorde. À notre avis, cette décision n'a pas sa place dans l'argumentation du gouvernement fédéral.

Je vous ai annoncé tout à l'heure que j'allais vous donner des détails sur les indemnités accordées par les fabricants, ainsi, vous aurez l'occasion de nous interroger à ce sujet. Je vais donc vous en parler très brièvement. Je vous ai

[*Texte*]

ladies and gentlemen. It is very difficult to find out who got what from the drug company, but we did get a survey from our TVAC members. Of the members we surveyed, 40 stated they received no settlement at all. Settlements were received by 38 of them. The top one was $480,000. The smallest one was $7,500, so the average is somewhere in the area of $40,000.

• 0955

On the question of payment procedure, we have again dealt with the Department of National Health and Welfare in our meetings. It has been thrown back to us that this was very difficult for the federal government to administer. As chairman of the thalidomide task force, I cannot see that at all. The federal government, through the Department of National Health and Welfare and through Supply and Services, issues hundreds of thousands of cheques every month, as we all know. Take veterans' pensions as an example, or war veterans' allowances, or old age security. What would be wrong with the Department of National Health and Welfare taking the approximately 75 victims of thalidomide, putting them into a category, and saying that they will receive a monthly cheque from now on of $365 a month, or what have you. Incidentally, we have asked that those cheques be subject to the consumer price increases, but we cannot believe that it is a legitimate objection on the part of the government that it would be difficult to administer.

The difficulty would be in deciding who a thalidomide victim is, and how much. We are prepared to work with the government on that. We are prepared to work as hard as we can. We are prepared to offer all our expertise, because somewhere along the line somebody is going to want proof that this drug was in fact administered to the mother. That may or may not be possible 30 years after it happened. Somebody is certainly going to want to take a look at the internal damage and assess it. The external damage is not so difficult to assess. But all these things—they are certainly not all that difficult.

Again I am sorry to keep on referring to veterans' pensions, but I have spent 40 years of my life. . .and it is done every day. Not a day goes by that the Canadian Pension Commission does not take a second or third or fifth look at the claim of a merchant seaman or a veteran and say that a man's condition is worse today so we must give him more money. It is done all the time, so I just wanted to say to you and to this committee that it is not a great problem.

Before I open the meeting and ask my colleagues to say a word or two, I want to point out to you the current proposal in simple dollar terms. The federal government offered $7.5 million over two years, which would work out to $3.75

[*Traduction*]

dit aussi, mesdames et messieurs, que ce sujet était un véritable bourbier. Il est très difficile de savoir qui a reçu quelque chose d'une compagnie pharmaceutique et de connaître les montants en cause, mais nous avons entrepris une étude auprès des membres de l'ACVT. Quarante d'entre eux ont déclaré n'avoir rien reçu des compagnies pharmaceutiques. Trente-huit d'entre eux ont reçu une indemnité, dont la plus élevée était de 480,000$. Le montant le plus modeste était de 7,500$, si bien que la moyenne se situe aux alentours de 40,000$.

Nous avons parlé de la procédure de paiement lors de nos rencontres avec des fonctionnaires des ministères de la Santé nationale et du Bien-être social. Ils nous ont dit que ces paiements allaient poser un problème administratif très grave au gouvernement fédéral. En tant que président du Groupe de travail sur la thalidomide, je ne vois pas où est le problème. Par l'intermédiaire du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le ministère des Approvisionnements et Services, le gouvernement fédéral émet chaque mois des centaines de milliers de chèques, comme nous le savons tous. Prenons l'exemple des pensions ou des allocations aux anciens combattants, ou de la sécurité de la vieillesse. Qu'est-ce qui empêche le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de constituer une catégorie regroupant les 75 victimes de la thalidomide et de leur faire parvenir chaque mois un chèque de 365$, ou de quelque autre montant? Nous avons demandé à ce que ces chèques soient indexés sur l'indice des prix à la consommation, et nous ne pensons pas que le gouvernement puisse légitimement prétendre qu'un tel système serait lourd à administrer.

Il y aurait une difficulté pour déterminer quelles sont les personnes qui sont effectivement victimes de la thalidomide, et pour évaluer leur degré d'invalidité. Nous sommes disposés à collaborer avec le gouvernement sur cette question. Nous sommes prêts à y consacrer toute notre énergie et toutes nos connaissances, car à un moment donné, il va falloir prouver que le médicament a été effectivement administré à la mère enceinte. Ce n'est pas toujours possible après un délai de 30 ans. Peut-être voudra-t-on considérer les déformations internes, et les évaluer. Les déformations externes ne sont pas difficiles à évaluer. Mais en définitive, les difficultés ne sont pas toutes aussi sérieuses.

Vous m'excuserez encore une fois de faire référence aux pensions des anciens combattants, mais j'y ai consacré 40 ans de ma vie, et il s'agit d'opérations quotidiennes. Il ne se passe pas un jour sans que la Commission canadienne des pensions ne réexamine pour la deuxième, la troisième ou la cinquième fois le dossier d'un matelot de la marine marchande ou d'un ancien combattant, et décide que comme son état a empiré, il faut lui accorder plus d'argent. Ce sont des opérations très courantes, et je tiens à dire carrément au comité qu'elles ne devraient pas poser de problèmes insolubles.

Avant de céder la parole à mes collègues, je vais vous parler de la proposition actuelle et des montants qu'elle comporte. Le gouvernement fédéral a proposé 7,5 millions de dollars répartis sur deux ans, ce qui donnerait 3,75 millions

[*Text*]

million for the first fiscal year and $3.75 million for the second fiscal year. A man would have to be a fool to stand in front of a parliamentary committee today and say that they should up the ante, that they can find more money. I am a taxpayer too, and we know the realities of it.

So our proposal would not save the government money in the long run, but it would ease the situation that the government and the treasury and the people of Canada are in today, because our proposal does not call for $7.5 million up front. It calls for a monthly payment plan over the life span of the thalidomide victims. That would work out to be 75 victims at an average of $850 a month, so in the first year it would cost the federal government something in the order of $250,000 to put our proposal into operation. Sorry, it is $765,000 a quarter. . .pardon me. Obviously mathematics is another of my weak points; let me put it that way. Ladies and gentlemen, that is the submission.

• 1000

Mr. Randolph R. Warren (President, Thalidomide Victims Association of Canada): My initial contact with Cliff Chadderton came during a telephone conversation which occurred in June 1987. A media controversy had broken out. Cliff Chadderton asked me to join a task force he was putting together to pursue compensation from the federal government for Canadian thalidomide victims. My role was to be research consultant on that task force. I agreed immediately.

One of the early initiatives of the task force was to form an association of thalidomide victims. At its initial meeting which, incidentally, was the first time many of us had ever talked to another thalidomide victim or seen another thalidomide victim, Cliff was named as founder of our association and I was fortunate enough to be elected president.

The task force continued to pursue its mandate for three years, touching base with thalidomide groups in other countries, the lawyers who handled the claims against the drug company, the medical profession, and rehabilitiation experts. One of the major functions was to identify the enormous needs of thalidomide victims. Anther function was to piece together the story of the haphazard legal settlements. And finally, we, the thalidomide victims, had to face up to the reality that we had been damaged by a drug that had been administered, many times unwittingly or unknowingly, to our mothers. The drug was labelled by the media as a killer, and this was indeed an apt term.

By February of 1989 the task force was ready to present its report to the Minister of National Health and Welfare. I think I speak for every last thalidomide victim when I say we are proud of that report. It did not beg. It did not suggest that the government should accept total responsibility, only that there should be basic compensation which would be sufficient to allow us to take our rightful place in society.

[*Translation*]

de dollars pour la première année financière et autant pour la seconde. Il faudrait être fou pour exiger, devant un comité parlementaire, que le gouvernement hausse la mise et qu'il trouve davantage d'argent. Je suis moi aussi un contribuable, et nous connaissons tous la dure réalité des choses.

Notre proposition n'occasionnerait aucune économie au gouvernement à long terme, mais elle faciliterait la situation dans l'immédiat pour le gouvernement, le Trésor public et la population canadienne, car elle n'exigerait pas que l'on débloque immédiatement 7,5 millions de dollars. Il s'agirait d'un régime de versements mensuels accordés aux victimes de la thalidomide pendant toute la durée de leur vie. Chacune des 75 victimes recevrait un versement moyen de 850$ par mois; pour la première année, il en coûterait environ 250,000$ au gouvernement fédéral pour mettre en oeuvre notre proposition. Excusez-moi, c'est plutôt 765,000$. Disons que les mathématiques ne sont pas mon fort; mesdames et messieurs, voilà ce que nous disons dans notre mémoire.

M. Randolph R. Warren (président, Association des victimes de la thalidomide du Canada): Mon premier contact avec Cliff Chadderton remonte à une conversation téléphonique que nous avons eue en 1987. Une controverse avait éclaté dans l'immédiat. Cliff Chadderton m'a alors demandé de me joindre à un groupe de travail qu'il était en train de constituer pour essayer d'obtenir du gouvernement fédéral une indemnisation pour les Canadiens victimes de la thalidomide. Il me demandait d'assumer le rôle de conseiller en recherche. J'ai accepté sur-le-champ.

Une des premières intiatives de ce groupe fut de constituer une association des victimes de la thalidomide. A la réunion initiale où, d'ailleurs, pour beaucoup d'entre nous c'était la première fois que nous avions l'occasion de parler à une autre victime de thalidomide ou simplement d'en voir une, Cliff a été nommé fondateur de notre association et j'ai eu la bonne fortune d'être nommé président.

Le groupe a poursuivi son mandat pendant trois ans, contactant des groupes similaires dans d'autres pays, les avocats qui avaient plaidé la cause des victimes contre les fabricants de cette drogue, la profession médicale et les experts en réadaptation. Une de nos principales fonctions était de définir les besoins et normes des victimes de la thalidomide. Une autre fut d'essayer de voir comment s'étaient conclues les différentes poursuites judiciaires entamées. Enfin, nous, les victimes de la thalidomide, devions accepter le fait que nous avions été les victimes d'un médicament prescrit, très souvent sans le savoir ou sans le vouloir, à nos mères. Les média ont déclaré que cette drogue tuait et le terme n'était pas exagéré.

En février 1989, le groupe de travail était prêt à présenter son rapport au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Je crois que toutes les victimes de la thalidomide s'entendent pour dire que nous sommes fiers de ce rapport. Nous n'y mendions rien. Nous ne demandons pas au gouvernement d'accepter l'entière responsabilité de la chose, nous demandons simplement une indemnisation qui nous permettrait d'assumer la place qui nous revient dans la société.

[*Texte*]

It is the consensus of the board of directors of the Thalidomide Victims Association of Canada that the task force proposal before you today is the most judicious plan possible, recognizing the different needs of the different levels of disability. I speak now on behalf of the thalidomide victims in recognizing the tremendous work of those who have been associated with this task force from the War Amputations of Canada, and others. Perhaps I may be forgiven if I pay a special tribute to Cliff Chadderton. Among our ranks he is known as the only man who never forgot us.

Mme Marlène Girard (coordinatrice des services au Québec, Groupe de travail sur la thalidomide): Bonjour, mesdames et messieurs. Le Dr Gustave Gingras et moi-même avons le privilège d'agir à titre de membres au sein du Groupe de travail sur la thalidomide. Autrefois, le Dr Gingras avait la responsabilité de veiller au bien-être des bébés francophones du Québec et des Maritimes qui étaient victimes de la thalidomide. Pour ma part, mon expérience à titre de membre du Groupe de travail m'a permis de rencontrer plusieurs victimes de la thalidomide originaires du Québec. Ce sont elles, d'ailleurs, qui m'ont vraiment renseignée sur la triste tragédie de la thalidomide.

J'éprouve une profonde admiration à l'égard de ces victimes qui, à mon avis, sont des personnes extraordinaires. Jusqu'à ce jour, plusieurs d'entre elles ont réussi à s'en sortir, mais seulement grâce à l'appui qu'elles ont reçu des membres de leur famille ainsi que des institutions du Québec qui leur sont venues en aide au cours des premières années.

Ces personnes ont maintenant atteint un point tournant de leur vie où la paix de l'esprit et la sécurité matérielle ne peuvent être assurées que par l'obtention d'une compensation. Certaines d'entre elles ont reçu de la part des compagnies pharmaceutiques américaines ce que l'on pourrait appeler une compensation des plus minimes.

Je crois cependant que le rapport du Groupe de travail sur la thalidomide, qui a été remis au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social au mois de février 1989, démontre clairement que le gouvernement fédéral a une certaine responsabilité envers les victimes de la thalidomide. Par conséquent, une compensation provenant du gouvernement du Canada serait largement justifiée.

Le Dr Gingras vous prie d'excuser son absence car il est présentement en Saskatchewan pour témoigner dans une cause portée devant la Cour.

M. Clifford Chadderton, président du Groupe de travail sur la thalidomide, vous a présenté notre rapport. Si vous désirez des renseignements supplémentaires à la suite de cette présentation, c'est avec plaisir que les représentants du Groupe de travail et de l'Association des victimes de la thalidomide répondront à vos questions.

• 1005

The Chairman: Thank you for your presentation this morning. You certainly have given us an insight into the background situation.

[*Traduction*]

Le conseil d'administration de l'Association des victimes de la thalidomide du Canada estime que la proposition du groupe de travail qui vous est faite aujourd'hui représente le plan le plus judicieux possible, sachant que les besoins sont différents selon les handicaps. Les victimes de cette maladie reconnaissent la tâche énorme des représentants des amputés de guerre du Canada et d'autres qui ont joint leurs efforts à ceux du groupe de travail. Je tiens à rendre particulièrement hommage à Cliff Chadderton. Nous disons souvent que c'est le seule homme qui ne nous ait jamais oubliés.

Mrs. Marlène Girard (Service Coordinator in Quebec, Working Group on Thalidomide): Good morning, ladies and gentlemen. Dr. Gustave Gingras and I have had the privilege to sit on the Working Group on Thalidomide. In the past, Dr. Gingras was in charge of the welfare of francophone babies in Quebec and in the Maritimes who were thalidomide victims. My experience as a member of the working group allowed me to meet with a lot of thalidomide victims from the province of Quebec. They are the ones who really gave me the necessary information on the sad reality of thalidomide.

I deeply admire these victims because I find that they are extraordinary people. To this day, many of them have succeeded to find their place in society but only with the support that they have received from members of their own families and some organizations in Quebec who have helped in the first years.

These people have now reached a turning point in their lives where peace of mind and material security can only come from some compensation. Some of them have received token compensation from American drug companies.

Yet the report of the Working Group on Thalidomide, which was submitted to the Minister of National Health and Welfare in February 1989, clearly shows that the federal government has a responsibility towards thalidomide victims. Therefore, a compensation from the Government of Canada would be largely justified.

Dr. Gingras has asked me to present his regrets because he is now in Saskatchewan to give evidence in a court case.

Mr. Clifford Chadderton, President of the Working Group on Thalidomide, has presented our report. If you want additional information following this presentation, the representatives of the working group and of the association will be pleased to answer your questions.

Le président: Merci de votre exposé. Vous avez certes bien présenté le contexte général.

[*Text*]

Could you just clarify the numbers you have given? I think you said 40 had some sort of settlement but 38 did not. Do you have profiles of the disabilities of the people you are describing? Is it possible that there other people that you might be unaware of? Do you think that is a fairly accurate assessment of the numbers?

Mr. Chadderton: Mr. Chairman, when we started the task force in mid-1987 the federal government had no records of anyone at all. We started from scratch. We went to rehabilitation clinics. We put advertisements in the newspapers. As a result, we made contacts and then we asked these people to complete profiles. We kept on digging and saying you said such-and-such but give us more information. So we do have a pretty substantial file on most of the potential victims.

I must admit that a year ago we were talking in terms of 104 people we had identified as being core thalidomide victims. We subjected these files to further questioning and even more answers came in. We have reduced that figure and now feel there are approximately 75 genuine thalidomide victims in Canada.

I do not know of a better way to get someone to write to you than to print your name in the paper along with the suggestion that if you contact Cliff Chadderton he may be able to get you some money. I am confident that most of the people who could qualify have come forward. A lot of the people who came to us could not qualify and we were able to eliminate them from our list, but only after considerable study. So the answer to your question is that we believe the accurate figure is somewhere around 75 people. I would be very surprised if it was higher.

There may be another 10 or so, but it is certainly not in the hundreds or anything like that; 75 is the approximate figure we are working on. Even as recently as yesterday afternoon Randy Warren and some of our people were still going over these files—what we call the probables—trying to determine whether they fell one side or the other. In my opinion we are dealing with about 75 victims.

The Chairman: Thank you, I appreciate your comments. Like other members, I have read other figures, so I thank you for clarifying that.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I would like to welcome the witnesses to the committee.
I applaud your work and the care, diligence and reasonableness with which you have studied the issues.

• 1010

The issues before us are very clear—whether this committee should support your request for a change in the absolute amount in the long run and whether the level of disability has to be taken into account on the basis of justice and adequacy.

I would also like to give notice of intention to move that the whole brief be accepted as submitted, at the appropriate time, and that it form part of the presentation of this group as an appendix.

[*Translation*]

Pourriez-vous simplement préciser un peu les chiffres que vous nous avez donnés? Je crois que vous avez dit que 40 avaient reçu une forme de règlements alors que 38 n'en avaient pas reçu. Avez-vous le profil des handicaps que vous décrivez? Est-il possible qu'il y ait d'autres personnes que vous ne connaissiez pas? Pensez-vous que cela reflète assez exactement le nombre de victimes?

M. Chadderton: Monsieur le président, lorsque nous avons mis ce groupe de travail sur pied au milieu de 1987, le gouvernement fédéral n'avait aucun dossier sur quiconque. Nous sommes partis de zéro. Nous nous sommes adressés aux cliniques de réadaptation. Nous avons mis des annonces dans les journaux. Cela nous a permis de prendre certains contacts et nous avons demandé aux intéressés de dresser le profil de leur handicap. Nous avons continué à creuser et à demander davantage de renseignements. Nous avons donc maintenant un assez bon dossier sur la plupart des victimes possibles.

Je reconnais qu'il y a un an nous disions que nous avions découvert 104 victimes principales de la thalidomide. Nous avons continué à poser des questions sur ces dossiers et obtenu davantage de réponses. Cela nous a mené à rabaisser ce chiffre et nous croyons pouvoir dire qu'il y a environ 75 véritables victimes de la thalidomide au Canada.

Je ne connais pas de meilleur moyen d'inciter les gens à vous écrire que d'indiquer son nom dans le journal en disant que si l'on contacte Cliff Chadderton, il pourra peut-être obtenir une indemnisation. Je crois que la plupart des gens qui pourraient obtenir une telle indemnisation se sont présentés. Beaucoup de ceux qui ont essayé ne répondaient pas aux critères et ont été éliminés de notre liste après que nous ayons étudié très sérieusement leur dossier. Pour répondre donc à votre question, nous croyons en effet que le chiffre exact se situe aux alentours de 75 personnes, et je serais fort surpris qu'il y en ait davantage.

Il y en a peut-être encore 10 autres, mais certainement pas des centaines; 75 est le chiffre approximatif dont nous nous servons. Pas plus tard qu'hier après-midi, Randy Warren et certains de nos collaborateurs revoyaient ces dossiers, les dossiers de ceux que nous qualifions de probables, afin d'essayer de déterminer si oui ou non ils correspondaient à nos critères. A mon avis, il s'agit d'environ 75 victimes.

Le président: Merci, cette précision est intéressante. Comme d'autres, j'ai lu les chiffres différents et je voulais donc que la chose soit éclaircie.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je souhaite la bienvenue aux témoins. J'applaudis à votre travail et au soin, à la diligence et à modération dont vous avez fait montre dans votre étude.

Le problème est très clair: le Comité doit-il appuyer votre demande concernant les montants absolus et la nécessité de considérer le degré du handicap pour parvenir à une solution plus juste?

Je donne également avis que je proposerai que l'ensemble du mémoire soit accepté tel que soumis et fasse partie intégrante de l'exposé de ce groupe en figurant à titre d'annexe.

[*Texte*]

I would like to note that you have also taken equal care to have a presentation before us from all regions of the country, indicating the sensitivity with which you have approached the issue.

On that note, I think the committee must notice that three decades have passed since the onset of this tragedy and we are still hesitating, more than a quarter of a century after that famous commitment on the part of the federal government to listen and to give.

I would also say that the options you have provided to the committee speak of the sensitivity, caring, and reasonableness you have shown. Your group may well be a model to follow when other groups are making presentations to the government.

My first question relates to the status of the issue before the United Nations Human Rights Committee. Specifically, and very briefly, in the interests of time, should the issue be successful—because there are two possible results in any issue—what would the effect of that result be on the Canadian government?

Mr. B. N. Forbes (Legal Counsel, Thalidomide Task Force and Thalidomide Victims Association of Canada): I would suggest to you that as a matter of background it was, as Mr. Chadderton has indicated in his brief, necessary for us to look at a rather extraordinary legal remedy in order to draw the attention of Canada to its obligations and responsibilities in this matter.

As many of you may be aware, War Amputations of Canada is a non-governmental organization with consultative status before the Human Rights Commission of the United Nations. We were thus familiar with the fact that proceedings were available to us under something called the International Covenant of Civil and Political Rights, an international legal instrument to which Canada is also a signatory. We commenced that action in September of 1989.

If we are successful in this proceeding before the Human Rights Committee, the conclusion will be that the committee has a jurisdiction in which to make a finding that the Canadian government is in violation of this international covenant with respect to its obligation to protect Canadian children.

That particular order has a great deal of influence in international human rights circles. It is not a court order or something that can be enforced, but it has a great deal of influence. Similar orders have been issued in the past and the Canadian government has been compelled to conform to those orders, by either enacting legislation or taking remedial measures.

Mr. Pagtakhan: My second point relates to the observations you made according to the formula you have proposed, in that the earned interest the government will receive by not giving the lump-sum payment could support almost one-half of the monthly settlement.

Did the thalidomide victims receive special assistance from the federal government in the 1960s, when they were still children?

[*Traduction*]

Je signale que vous avez d'autre part pris la peine de nous présenter un exposé venant de toutes les régions du pays, ce qui prouve le sérieux avec lequel vous avez étudié cette question.

Le Comité doit prendre conscience du fait que cette tragédie a maintenant 30 ans et que nous hésitons toujours, plus d'un quart de siècle après que le gouvernement fédéral se soit engagé à écouter et à donner.

J'ajoute en outre que les options que vous avez présentées au comité montrent la délicatesse, le soin et la raison qui vous ont guidé dans votre travail. Votre groupe pourra servir de modèle à d'autres groupes cherchant à présenter des instances au gouvernement.

Ma première question porte sur le Comité des droits de l'homme des Nations-Unies. Précisément, et très brièvement, pour ne pas perdre de temps, si les résultats sont positifs, sachant qu'ils peuvent être soit positifs soit négatifs, quel effet cela aurait-il sur le gouvernement canadien?

M. B. N. Forbes (conseiller juridique, Groupe de travail sur la thalidomide et Association des victimes de la thalidomide du Canada): Comme l'a dit M. Chadderton dans son exposé, il nous a été nécessaire d'envisager une solution extraordinairement juridique afin d'attirer l'attention du Canada sur ses obligations et responsabilités en la matière.

Comme beaucoup d'entre vous le savent sans doute, les amputés de guerre du Canada sont un organisme non gouvernemental que consulte la Commission des droits de l'homme des Nations-Unies. Nous savions ainsi que nous avions quelque recour aux termes du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, qui est un instrument juridique international dont le Canada est également signataire. Nous avons entamé la procédure en septembre 1989.

Si nous réussissons, le Comité des droits de l'homme pourra déclarer que le gouvernement canadien contrevient à cette convention internationale qui l'oblige à protéger les enfants canadiens.

Ce comité a une grosse influence sur les cercles internationaux de droits de l'homme. Il ne s'agit pas d'un décret des tribunaux ou de quelque chose que l'on peut appliquer, mais une telle décision est très significative. D'autres décisions auront été prises par le passé et le gouvernement canadien s'est trouvé forcé de se conformer aux décisions en question, soit en adoptant certaines lois, soit en prenant des mesures correctives.

M. Pagtakhan: J'en reviens maintenant à ce que vous avez dit au sujet de la formule que vous avez proposée, à savoir que l'intérêt que touchera le gouvernement en ne versant pas une somme globale pouvait représenter près de la moitié des versements mensuels.

Les victimes de la thalidomide ont-elles reçu une assistance spéciale du gouvernement fédéral dans les années 60 alors qu'elles étaient encore enfants?

[*Text*]

Mr. Chadderton: The answer to that question, very briefly, is no. The federal government set up two committees, one to study how the situation happened and one to study what might happen to the victims in the future, i.e., their rehabilitation. But the reports of those committees are all contained in the documentation we have developed. Nothing specific ever reached the pockets of the parents to help them. There were some very great intentions but, quite frankly, the answer is, no, special assistance was not received.

• 1015

Dr. Claude Murphy (Member, Thalidomide Task Force Study Group): As a parent with a pocket, no, we did not receive any specific assistance at all from the federal government. The Manitoba government paid for one trip for us. The money the federal government put into the problem was to develop prosthetic centres. At the time there was a dream that if these disadvantaged people were treated with proper modern prostheses then they would be able to overcome the handicap. Unfortunately, this was a failure.

Mr. Pagtakhan: With respect to the trust fund that was the initial part of your submission and which you now say will be shelved, what is the status of that request?

Mr. Chadderton: We felt that it was a great idea because it would have solved a lot of problems and it would have let the thalidomide victims handle their own futures. After all, they are adults. However, there has been so much opposition to it in discussions with Health and Welfare that we said, all right, let us just forget about that. Yes, it has been put on the shelf. It may never come off the shelf again.

Mr. Pagtakhan: I would just like to indicate that this side of the House supports the request of the association.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Dans votre communiqué de presse d'hier, vous disiez que le gouvernement avait rejeté la proposition de créer un fonds de fiducie et que vous aviez vous-mêmes renoncé à cela.

Le gouvernement aurait eu de la difficulté à évaluer le handicap de chaque victime. Votre association aurait-elle été mieux en mesure de faire cette évaluation et de distribuer l'argent contenu dans un fonds? Vous dites que le gouvernement a rejeté cette proposition, mais il semble que vous aussi, vous préfériez la mettre de côté. Est-ce le cas?

Mr. Chadderton: The preference goes this way, that in early negotiations we were told—and I can almost quote point-blank—by one of the senior officials that there is no way the federal government would turn $10 million over to our group to let us administer it. Consequently, dealing with the realities of the situation, we said that if that is the feeling of the bureaucrats in the Department of National Health and Welfare then there is no point in us trying to fight for what we really felt was the solution, which was to set up a trust fund. The government obviously wanted to do it another way, which eventually turned out the way the minister had announced.

[*Translation*]

M. Chadderton: La réponse est très claire, non. Le gouvernement fédéral a mis sur pied deux comités, l'un pour étudier comment s'était produite cette tragédie, et l'autre pour étudier ce qui pourrait arriver aux victimes, comment elles pourraient être réadaptées. Toutefois les rapports de ces comités se trouvent l'un et l'autre dans la documentation que nous avons compilée. Rien n'a jamais été accordé aux parents de ces victimes pour les aider. Il y a eu de très bonnes intentions mais, bien franchement, aucune assistance spéciale n'a été accordée à ces gens-là.

Dr Claude Murphy (membre, Groupe de travail sur la thalidomide): À titre de parent, je peux vous dire que nous n'avons rien reçu de spécial du tout du gouvernement fédéral. Le gouvernement manitobain nous a payé un déplacement. La seule chose qu'ait fait le gouvernement fédéral c'est de créer des centres de prothèses. On rêvait alors qu'en munissant ces personnes de prothèses modernes, elles pourraient surmonter leur handicap. Malheureusement, cela n'a pas marché.

M. Pagtakhan: Où en est votre demande de fonds de fiducie qui, dites-vous, aurait maintenant été abandonnée?

M. Chadderton: Nous pensions que c'était une très bonne idée parce que cela aurait permis de résoudre beaucoup de problèmes et cela aurait permis aux victimes de la thalidomide de décider elles-mêmes de leur avenir. Après tout, ce sont des adultes. Toutefois, nous avons rencontré tellement d'opposition dans les entretiens que nous avons eu avec Santé et Bien-Être que nous avons accepté de laisser tomber. C'est donc abandonné pour le moment et peut-être pour toujours.

M. Pagtakhan: Je tiens à vous signaler que, de notre côté, nous appuyons la demande de l'Association.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): In your press release yesterday, you stated that the government had rejected the trust fund proposal and that you yourself had put it on the shelf.

It would have been difficult for the government to assess the handicap of each and every victim. Would your association have been better able to make this assessment and to allocate the money put in this fund? You say that the government has rejected the proposal but it seems that you too would rather put it on the shelf. Am I right?

M. Chadderton: On nous a dit au début des négociations, je peux presque citer mot à mot ce qui nous a été dit par un des hauts fonctionnaires, qu'il n'était pas question que le gouvernement fédéral nous verse 10 millions de dollars que nous serions chargés d'administrer nous mêmes. Aussi, face à cette situation, nous avons déclaré que si c'était là le sentiment du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, il ne servait à rien d'essayer de continuer à se battre pour ce qui nous semblait à nous être la solution, à savoir constituer un fonds de fiducie. De toute évidence, le gouvernement voulait procéder d'une autre façon, à savoir de la façon annoncée par le ministre.

[*Texte*]

Our preference would still be to turn the money over to the thalidomide victims, but certainly we came off that after what we considered to be some pretty good advice that we were getting from the bureaucrats who were handling it in the department.

Mme Bertrand: Pour ce qui est du nombre de victimes, le chiffre que vous donnez comprend-il seulement celles que vous identifiez pour la période de 1960, 1961 et 1962 ou s'il comprend d'autres personnes? Dans mon comté, il y a une personne à qui on dit: N'y pensez pas. Elle a le même handicap, mais ce n'est pas à cause du médicament de 1960. Incluez-vous ces personnes-là dans le nombre de vos victimes? Ces gens-là ont aussi besoin d'aide. Qu'est-ce que vous suggérez?

Mr. Chadderton: The original figure by the Child and Maternal Health Division of the Department of National Health and Welfare in 1964 was that there were 75 victims still alive. That is the last figure we ever heard from the federal government.

As I said, when we put our task force together several years ago, we began putting notices in the paper, so we have another set of victims. Some of them are certainly ones who were on the original government list, but we have added to that.

If the constituent you speak about has provided information to us, then I certainly believe the expertise we have, including Dr. Gustave Gingras of Montreal, who was the original doctor who handled all these cases in your province, and the thalidomide victims. I think we have enough expertise to say whether that person is thalidomide or not.

• 1020

Mrs. Bertrand: Yes, but she was not born in the same years. She was born 10 years before.

Mr. Chadderton: Then I regretfully would have to say that person would not come within the compensation claim we are making here today. I am not saying there is not a just reason for compensation for that person, but that person would not be a thalidomide victim.

Mme Bertrand: C'est donc une difficulté additionnelle pour vous et pour le gouvernement de faire cette distinction afin de pouvoir poser un geste de justice. Cette personne-là pourrait dire après tout: je suis moi aussi une victime et je n'ai pas droit à la compensation.

Je vous remercie, et félicitations pour votre courage. Inutile de vous dire que nous sommes très sensibles à vos difficultés.

Je me posais la question tout à l'heure, à savoir: Pourquoi est-ce vous qui êtes assis de ce côté-là de la table et nous ici, et pourquoi pas l'inverse?

Merci.

Mr. Fontana (London East): Having had the privilege of working with Randy, who happens to come from London, Ontario, I think I am very aware of the frustration and the agony the thalidomide victims have had to go through for the past 30 years. It has crossed both sides of government and so the subsequent Liberal Party has been equally responsible. So I do not think anybody will play partisan politics with this. The task force and the victims association have not tried to,

[*Traduction*]

Nous préférerions toujours verser cet argent aux victimes de la thalidomide mais nous avons abandonné l'idée, sur les conseils des fonctionnaires qui s'occupaient de la question au ministère.

Mrs. Bertrand: As for the number of victims, does your figure include only those that you have identified from 1960, 1961 and 1962 or does it include other people? In my riding, someone was told: Forget it! It is the same handicap but it is not caused by the 1960 drug. Do you include these people in the number of victims? These people also need help. What is your suggestion?

M. Chadderton: Le chiffre initial fourni par la division de la santé maternelle et infantile du ministère de la Santé et du Bien-Être en 1964 était de 75. C'est le dernier chiffre que nous ayons jamais eu du gouvernement fédéral.

Je répète que lorsque nous avons créé notre groupe de travail il y a quelques années, nous avons mis des annonces dans les journaux, et nous avons atteint une autre série de victimes. Certaines d'entre elles étaient évidemment sur la liste initiale du gouvernement mais nous en avons ajouté.

Si la personne dont vous parlez nous a donné des renseignements, je crois qu'avec tous les experts que nous avons à notre disposition, notamment le D[r] Gustave Gingras de Montréal, qui était le premier médecin à s'occuper de ces cas-là dans votre province, il ne devrait pas y avoir d'erreur. Nous pouvons donc dire si cette personne est oui ou non victime de la thalidomide.

Mme Bertrand: Oui, mais elle n'est pas née dans ces années-là. Elle est née 10 ans avant.

M. Chadderton: Et bien alors je regrette de devoir vous dire que cette personne ne pourrait pas entrer dans la catégorie dont nous nous occupons aujourd'hui. Je ne veux pas dire qu'il ne serait pas juste de l'indemniser mais je dis simplement que ce ne serait pas une victime de la thalidomide.

Mrs. Bertrand: So it is an additional problem for you and for the government when you have to make the distinction in order to be just. This constituent of mine could after all say: I am also a victim but I am not entitled to a compensation.

I thank you and congratulate you for all your efforts. We are quite sensitive to your problems.

I was asking myself the following question: Why is it that you are sitting on that side of the table and us here, why not the opposite?

Thank you.

M. Fontana (London-Est): Ayant eu le privilège de travailler avec Randy, qui vient de London en Ontario, je pense être tout à fait conscient des frustrations et de la tragédie vécue par les victimes de la thalidomide depuis 30 ans. C'est un problème dont les gouvernements ont été saisis depuis longtemps, si bien que le parti libéral a sa part de responsabilité. Je ne pense donc pas que l'on puisse faire de la politique partisane à ce sujet. Le groupe de travail et

[*Text*]

and I commend them for that. I think that is what this committee ought to do in looking at the facts.

Mr. Chadderton, you said that you are satisfied with the level of negotiations, thus far, with the government. Yet, as I understand it, this February 10 date is looming out there, which essentially means, and correct me if I am wrong, that if you do not get the government or the bureaucrats to change their minds in terms of changing not only the amount... Of course your new figures would be more than $7.5 million, and everybody recognizes that. I am very supportive of the fact that $7.5 million, in my opinion, was only the first step, that the equitable way of distributing any income has to be on the basis of the degree of disability. That happens with Worker's Compension and happens with disability pensions all over the world and all over Canada. So why the government would insist on a lump sum for everybody, not taking into account the degree of difficulty, is beyond me. But that is something you can address.

For instance, if something does not happen before February 10, what is your position? You said that either you will continue with the United Nations, or you could go to the Supreme Court or the Federal Court with respect to the cases. I would tend to think you would probably get a heck of a lot more than even what your proposal is asking for if you brought a legal action. I would tend to think that would occur.

You say you were satisfied with the negotiations, yet you do not have any movement and there is only about a month and a half before that deadline of February 10 comes forward. Can you just tell me how satisfied you are with respect to the bureaucrats.

Mr. Chadderton: Our last meeting with the officials of the department was in mid October. We put before them our final position. We had an excellent meeting. We had expected, quite frankly, that they would be getting back to us by now. But I would suggest that if we do not get an answer with in the next week the government is putting the victims in a tremendous squeeze play, because they are really forcing the victims to say, take what the government has offered or forget about it. I do not think that any government is going to be that heartless. This is why I say that because the government has taken two months to look at our counter-proposal we are accepting the fact that they are serious about looking at it. We may be wrong, but I hope not.

Mr. Fontana: Mr. Chadderton, has a subsequent meeting been set prior to February 10 so you can find out whether or not it is going to be acceptable, and so this committee could have an understanding? Perhaps, we could play a meaningful role. I was heartened to hear from my colleague across the way that in fact she feels as I do, that perhaps we should be on the other side of this table as witnsses for what we have failed to do in the past number of years.

[*Translation*]

l'Association des victimes s'en sont bien gardés et je les en félicite. Je crois que le Comité devrait en faire autant en étudiant les faits.

Monsieur Chadderton, vous avez déclaré que vous étiez jusqu'ici satisfait des négociations entreprises avec le gouvernement. Toutefois, si je ne m'abuse, cette date du 10 février approche, ce qui signifie, et reprenez-moi si je me trompe, que si vous n'obtenez pas que le gouvernement ou les fonctionnaires changent d'avis, non seulement pour le montant... Evidemment, vos nouveaux chiffres représenteraient plus de 7,5 millions de dollars et tout le monde le reconnaît. Je suis tout à fait d'accord pour dire que 7,5 millions de dollars ne peut être qu'une première étape, que la seule façon équitable de répartir une somme, quelle qu'elle soit, est de considérer le degré de handicap. C'est ce que l'on fait pour l'indemnisation des accidents du travail et pour les pensions d'invalidité dans le monde entier et partout au Canada. Pourquoi le gouvernement voudrait-il donc absolument s'en tenir à une somme globale pour tout le monde, sans tenir compte du degré du handicap, vraiment je ne comprends pas. Nous pourrons d'ailleurs y revenir.

Par exemple, que direz-vous s'il ne se passe pas quelque chose d'ici au 10 février? Vous avez déclaré que soit vous poursuivriez avec les Nations-Unies, soit vous feriez appel à la Cour suprême ou à la Cour fédérale. J'ai l'impression que vous pourriez obtenir beaucoup plus que ce que vous demandez si vous faisiez intervenir les tribunaux.

Vous dites que vous êtes satisfait des négociations alors que rien ne se passe et qu'il ne reste qu'à peu près un mois et demi avant cette date limite du 10 février. Pourriez-vous me dire dans quelle mesure vous êtes en effet satisfait de l'attitude des fonctionnaires?

M. Chadderton: Notre dernière rencontre avec les fonctionnaires du ministère remonte à la mi-octobre. Nous leur avons présenté notre position finale. La réunion fut excellente. Bien franchement, nous pensions qu'ils nous auraient donné une réponse plus vite. En tout cas, si nous n'obtenons pas de réponse au cours de la semaine qui vient, il est certain que le gouvernement est en train de coincer terriblement les victimes puisqu'il va les forcer soit à accepter son offre soit à renoncer une fois pour toutes. Je ne pense pas qu'un gouvernement puisse être aussi sans coeur. C'est la raison pour laquelle je dis que comme le gouvernement a pris deux mois pour examiner notre contreproposition, nous espérons que c'est parce qu'il l'examine sérieusement. Nous nous trompons peut-être, mais j'espère bien que non.

M. Fontana: Monsieur Chadderton, a-t-on fixé une autre rencontre avant le 10 février afin que vous sachiez si votre proposition a été acceptée et que notre comité sache à quoi s'en tenir? Peut-être pourrions-nous jouer un rôle significatif. J'ai été encouragé d'entendre ma collègue d'en face dire ce que je pense aussi, à savoir que c'est peut-être nous qui devrions comparaître à titre de témoins pour expliquer pourquoi nous n'avons pas agi depuis tant d'années.

[*Texte*]

• 1025

Is there another meeting set up? What are the main stumbling blocks? Is it the fact that it is going to be more than $7.5 million? Is it the fact that the equal payments are something they want to do because of the so-called administrative nightmare that might occur, or is it the fact that they still do not have the true number of thalidomide victims? What is the biggest stumbling block before the bureaucrats now?

Mr. Chadderton: First, if we do not have an answer by December 17, we are simply going to have to put on some pressure. That gives them two months.

Secondly, the big stumbling block, I believe, is that they have had to go back to the drawing board. Instead of a very simple equation of dividing $7.5 million by 75 people and issuing cheques, they said it was not that simple. They have had to go back and look at how they would administer that. I believe that is the only remaining stumbling block. They did tell us they had already been to the treasury people and there was no possibility of any more money this year. We said we did not want more money; we wanted less this year. I think that is beginning to sink in, and I think they are serious because they have taken the time to come back to us. If we do not hear something within the next week on behalf of the thalidomide victims, we are certainly going to have to start screaming, sir.

Mr. Fontana: Let me just end with this. Randy indicated to me that the proposal was going to ask for less from this government because they were concerned about government fiscal problems—the size of the deficit—and they would offer not to take as much money in year one and year two. I think that is not only being responsible but innovative, in the sense that they are prepared to defer payments for themselves to a later date to help the government. I think that is commendable, and I think there is an awful lot of merit to this plan. If there is anything we can do as a committee to make sure the health and welfare department and the minister are more sensitive to your proposal, hopefully that can be done. Maybe that is something we can decide later.

Mr. Wilbee (Delta): Welcome to the committee. Your appeal falls on fertile ground today. I spent last Friday night lighting the sails at B.C. Place in Vancouver, and the little girl who was with us suffered from the same problem as Marie; she had no arms. Twice in half an hour I found myself telling her to reach out or help me. You just do not think of it, and then you realize she cannot reach out; she cannot push the button to light the sails. I think it is like having a pain in your back. You do not realize it is there until it starts to hurt. We do appreciate you bringing these things to our attention today.

[*Traduction*]

Une autre rencontre est-elle prévue? Quelles sont les principales pierres d'achoppement? Est-ce le fait que cela va représenter plus de 7,5 millions de dollars? Est-ce que le gouvernement préfère verser à tout le monde la même chose pour éviter des difficultés administratives ou est-ce qu'il n'a toujours pas le nombre réel de victimes de la thalidomide? Quelle est la plus grosse pierre d'achoppement que rencontre actuellement l'administration?

M. Chadderton: Tout d'abord, si nous n'avons pas de réponse avant le 17 décembre, nous allons tout simplement devoir exercer certaines pressions. Cela laisse deux mois au gouvernement.

Deuxièmement, la grosse pierre d'achoppement est, je crois, qu'ils ont dû tout recommencer. Plutôt que de diviser tout simplement 7,5 millions de dollars par 75 et d'émettre les chèques aux correspondants, ils ont découvert que ce n'était pas si simple que cela. Ils ont dû réfléchir à nouveau à la question pour voir comment on pourrait administrer la chose. Je crois que c'est la seule pierre d'achoppement qui demeure. Ils nous ont dit qu'ils avaient déjà contacté le Conseil du Trésor et qu'il était impossible de trouver des fonds supplémentaires pour cette année. Nous avons dit que nous n'en voulions pas davantage, que nous en voulions même moins cette année. Je crois qu'ils commencent à comprendre et qu'ils sont sérieux parce qu'ils ont pris le temps de réfléchir à la question. Si nous n'avons pas de nouvelles au cours de la semaine prochaine, il va certainement falloir que nous commencions à crier.

M. Fontana: Pour terminer, je dois dire que Randy m'a signalé que cette proposition de demande de fonds serait moins forte et en faveur du gouvernement, parce que l'Association se préoccupe des problèmes financiers du gouvernement, de l'importance du déficit, et offrait ainsi de prendre moins la première et la deuxième année. Je pense que c'est non seulement faire preuve de sérieux mais aussi d'originalité, en ce sens qu'ils sont disposés à reporter les paiements à plus tard pour aider le gouvernement. C'est tout à fait louable et ce projet me semble très intéressant. Si les comités peuvent faire quelque chose pour s'assurer que le ministère et le ministre soient plus sensibles à votre proposition, et j'espère que nous le ferons. Peut-être que nous pourrons en décider ultérieurement.

M. Wilbee (Delta): Bienvenue au comité. Votre appel tombe sur un terrain très fertile aujourd'hui. J'ai passé la soirée de vendredi à éclairer les voiles de B.C. Place à Vancouver et la petite fille qui était avec nous souffrait du même mal que Marie; elle n'avait pas de bras. Deux fois dans la même demi-heure, j'ai trouvé le moyen de lui demander d'attraper quelque chose ou de m'aider. On n'y pense pas, et tout d'un coup on constate qu'elle ne peut rien attraper; qu'elle ne peut pas appuyer sur le bouton pour éclairer les voiles. C'est comme avoir mal au dos. Vous n'y pensez que quand ça commence à faire mal. Nous vous remercions donc infiniment d'avoir porté tout cela à notre attention aujourd'hui.

[*Text*]

We have been involved with haemopheliacs and with vaccine-damaged children, which again is even more difficult to prove than your situation. I appreciate the work you have done, and certainly my friend Dr. Pagtakhan can support what you are doing here.

Can you give us a relative position in the world? In other words, how many of our First World countries have settled this problem, and where does Canada stand?

Mr. Chadderton: Every First World country has certainly settled not only the compensation problem but the medical problem and the employment problem. They just put in place a complete program. I must say that in comparison, Canada looks very bad, because in fact we have done nothing.

I attended a conference in Germany in mid 1989, and there were many thalidomide victims there from the Scandinavian countries and from Japan. As a matter of fact, I filed with the minister the report from Japan which made me feel a little bit ill when I realized that in Japan they not only know every victim but every victim is examined at least every two weeks, and it is not just compensation. It is everything. You, as a medical person, it is just everything... You mentioned the back, is there going to be a development of scoliosis? That is the type of thing.

• 1030

Unfortunately, Canada really has done nothing. Every other developed country has done almost everything. Japan and Germany have the two leading programs. In the United Kingdom they have two very large trust funds and their people are well looked after; Australia, the same thing. I guess the very short answer is, Mr. Chairman, ladies and gentlemen, that Canada does not stack up very well in treating thalidomide victims.

Mr. Wilbee: How many of our victims are on welfare at the present time? Can you give me a rough idea? Are half on welfare, or a quarter, or are any of them?

Mr. Warren: I have some general information on that. It is my belief that only 30% of our group have any meaningful employment opportunities at this point, holding down jobs that could actually stand them in good stead in the future. I would take them from low-middle income to upper income. Of course, we have our great success stories, which you are all aware of through the press. There is also the group of persons who have never applied for any assistance. They could actually probably qualify but they are still living with their parents and their parents are supporting them. I would say that is at least another 20% to 30%. The remainder, I would think, are on some type of assistance or are in the lower income range, poverty-level type jobs because of no specialized education, and they really have no future as to where they are going to go with those jobs.

[*Translation*]

Nous nous sommes occupés des enfants hémophiles et souffrant des conséquences de vaccins, ce qui est encore plus difficile à prouver que votre situation. Je vous remercie beaucoup de tout ce que vous avez fait et il est évident que mon ami le docteur Pagtakhan appuie vos efforts.

Pourriez-vous comparer le Canada au reste du monde? Autrement dit, combien des pays du premier monde ont réglé ce problème et où se situe le Canada?

M. Chadderton: Tous les pays du premier monde ont certainement réglé non seulement le problème de l'indemnisation mais également le problème médical et le problème de l'emploi. Ils ont tout simplement mis sur pied un programme complet. Je dois dire que par comparaison, le Canada est très mal placé car la vérité est que nous n'avons rien fait.

J'ai assisté à une conférence en Allemagne au milieu de 1989 à laquelle il y avait beaucoup de victimes de la thalidomide qui venaient des pays Scandinaves et du Japon. En fait, j'ai remis au Ministre le rapport japonais qui m'a rendu malade, si je puis dire, quand je me suis rendu compte que, au Japon, les autorités connaissent non seulement toutes les victimes, mais celles-ci sont examinées au moins toutes les deux semaines; il ne s'agit pas simplement de leur verser une indemnité. On s'occupe de tout. Vous, comme médecin, vous comprendrez qu'on s'occupe de tout... Vous avez parlé des problèmes de dos et de la possibilité de scoliose. C'est de ce genre de choses qu'on s'occupe là-bas.

Malheureusement, le Canada n'a vraiment rien fait. Presque tous les autres pays industrialisés s'occupent d'à peu près tout. Le Japon et l'Allemagne ont les deux programmes les plus approfondis. Au Royaume-Uni, il existe deux très grands fonds de fiducie, et les victimes sont très bien traitées; c'est la même chose en Australie. Je suppose que, pour vous répondre brièvement, monsieur le président, mesdames et messieurs, je dois dire que comparativement, le Canada ne traite pas très bien ses victimes de la thalidomide.

M. Wilbee: Combien y a-t-il à l'heure actuelle de victimes qui vivent de l'assistance sociale? Pouvez-vous m'en donner une idée générale? Y en a-t-il la moitié, le quart ou pas du tout?

M. Warren: J'ai des renseignements généraux à ce sujet. A mon avis, seulement 30 p. 100 des membres de notre groupe ont réussi à trouver et à conserver des emplois intéressants qui pourront vraiment leur permettre d'assurer leur avenir. La plupart se situent dans la catégorie des revenus moyens inférieurs à élevés. Bien sûr, quelques uns de nos membres ont très bien réussi, comme vous le savez tous grâce à la presse. Mais il y a aussi des gens qui n'ont jamais demandé d'aide. Ils pourraient également en recevoir, mais ils habitent encore avec leurs parents, et ce sont leurs parents qui assurent leur subsistance. Je dirais qu'ils représentent de 20 à 30 p. 100 des victimes. D'après moi, les autres reçoivent une aide sous une forme ou sous une autre ou ont un revenu inférieur et vivent dans la pauvreté parce qu'ils n'ont pas fait d'études spécialisées, et leur emploi ne leur promet vraiment pas un avenir très intéressant.

[*Texte*]

The other consideration when you are talking about this issue is that many of the people who are in what I would call middle-income jobs, they have that added burden of paying for their disability. This certainly decreases what they are really putting in their own pocket and applying toward their lives and their futures, because they are renovating cars on their own and things like that. So basically, even a middle-income job for a thalidomide victim of extreme upper deformities would take them down a bracket, in my opinion. But I believe it would be safe to say that about 20% or 30% either qualify or are on some type of assistance.

Mr. Wilbee: On your attendant's allowance, are you going to specify that relatives can qualify for this? I have a polio victim, for example, who married his care-giver. He had been in the Pearson Hospital for a number of years, got out with new assistance and so on, had an excellent care-giver, married her, and she was cut off. Previously she had been paid for looking after him. When they were married, this was cut off. Are you specifying that a family can receive the funding for attendant care?

Mr. Chadderton: Fortunately, Mr. Chairman, there is no need to re-invent the wheel. I keep coming back to it, but Canada's disabled veterans have had available to them since 1919 an attendant's allowance plan. What they do is assess the disability, assess the need and they say, you get an attendant's allowance of so much. If your wife is there and she is providing it, there is a care-giver in the home; that makes no difference. It is the need for assistance that is assessed and the amount is paid.

As I say, there is no need to re-invent the wheel, the attendant's allowance guidelines of the Canadian Pension Commission for veterans have stood in good stead for something like 75 years. So your answer is that whatever assistance can be provided by a care-giver in the home would not affect one way or the other the amount that should be paid in terms of attendant's allowance.

Mr. Cole (York—Simcoe): I have a couple of questions with regard to your proposal today. I guess I am trying to work this thing out in my head, and I think we all sympathize with the situation and want to try to resolve the situation. I suspect that we are probably, for whatever reason, creating antagonistic forces and I do not think they are really necessary. I hope we can be the catalyst to resolve some of these things.

• 1035

There are a couple comments I would like to make on your report. I think it would help people who are reading it and looking at it if there were some dates mentioned by the people whom you have quoted as to when these statements

[*Traduction*]

L'autre facteur dont il faut parler à ce propos, c'est que beaucoup de gens qui ont un revenu moyen doivent payer en plus pour leur handicap. Cela réduit certainement le montant d'argent qu'ils peuvent mettre dans leur poche pour améliorer leur vie et garantir leur avenir parce qu'ils doivent rénover leur voiture eux-mêmes, et d'autres choses du genre. Donc, essentiellement, même un emploi assurant un revenu moyen à une victime de la thalidomide qui souffrirait de difformité extrême des membres supérieurs les rabaisserait d'un cran, à mon avis. Mais je pense qu'il serait juste de dire qu'environ 20 à 30 p. 100 de nos membres se qualifient pour une aide quelconque ou en reçoivent.

M. Wilbee: Vous parlez d'une allocation pour soins; allez-vous préciser que les membres de la famille peuvent la recevoir? J'ai connu par exemple un homme victime de la polio, qui a épousé son infirmière. Il avait été à l'hôpital Pearson pendant un certain nombre d'années, et quand il en est sorti, grâce à de nouveaux services d'aide, il avait une excellente infirmière. Il l'a épousé, et elle a perdu son allocation. Jusque là, elle avait été payée pour s'occuper de cet homme. Mais quand ils se sont mariés, elle a perdu cela. Est-ce que vous allez préciser qu'un membre de la famille peut recevoir cette allocation pour soins accordés aux victimes?

M. Chadderton: Heureusement, monsieur le président, il n'est pas nécessaire de réinventer la roue. Je reviens toujours à cet exemple, mais je tiens à souligner que les anciens combattants handicapés bénéficient depuis 1919 d'un programme d'allocation pour soins. Dans le cadre de ce programme, on évalue la nature du handicap et le besoin de soins et on verse l'allocation en conséquence. Si c'est votre femme qui est là et qui assure les soins, il y a déjà un prestateur de soins à la maison, cela ne fait aucune différence. C'est le besoin d'assistance qui est évalué, et le montant est versé en conséquence.

Je le répète, il n'est pas nécessaire de réinventer la roue; les directives de la Commission canadienne des pensions au sujet de l'allocation pour soins aux anciens combattants a été appliquée avec beaucoup d'efficacité depuis bientôt 75 ans. Donc, les soins qui peuvent être fournis par un membre de la famille, à la maison, ne donneraient pas droit au montant versé au titre de l'allocation pour soins.

M. Cole (York—Simcoe): J'ai quelques questions à vous poser quant à votre proposition d'aujourd'hui. J'ai du mal à comprendre exactement de quoi il s'agit. Je pense que nous sympathisons tous avec vous et que nous voulons essayer de résoudre le problème, mais j'ai l'impression que, pour une raison que j'ignore, nous sommes en train de susciter des animosités et je ne pense pas que cela soit vraiment souhaitable. J'espère plutôt que nous pourrons servir de catalyseur pour résoudre certains de ces problèmes.

J'ai quelques observations à faire au sujet de votre rapport. Je pense qu'il serait utile, pour les lecteurs, de préciser à quelle date ont été faites les déclarations que vous citez. Il est très difficile d'étudier un rapport où l'on dit que

[*Text*]

were made. It makes it very difficult to look through something and say "the minister said this", but he said it 25 years ago or he said it 6 months ago, and I think there is a substantive difference to that. This is something that is lacking in your report. You may have reasons for doing it and I accept that. I do not happen to agree with it.

When I look at the statements in here, you have said that a company you were dealing with said that if the money were invested it would work out to something like $350 per person on average. I think you are going to have to invest it pretty poorly to have those kind of numbers, because $7.5 million invested basically at 10% is going to provide $750,000, which is going to work out to roughly $10,000 per individual claimant, which is roughly the figure you are talking about of $800 and some dollars per month. I do not think you would be really investing in a risk investment at 10% in today's market. I think my friends from across the way would be quite in agreement with that, because I think we all complain about interest rates in today's market.

I am having some difficulty trying to put some of these numbers together because they do not jibe.

There is another aspect about which I would be very interested in hearing what you have to say. I have some concerns about your proposal with regard to taking less today, because you also have to recognize that it means next year you are going to have to make application, and the year after you are going to have to make application, and the year after, and after, and after, and after, and after. That is the way governments operate. It is not going to be just something that is going to be automatically there forever and a day.

When there are adjustments that need to be made, and you people are the best people to say when those adjustments need to be made, you will have to be going back to government, and there is always the risk that the bad old government, whichever one it happens to be, may have to introduce some restraint, and I have some very deep concerns that this could be a potential problem in the future.

I am suggesting that if that money were put into a trust fund for TVA, would the TVA or the association be prepared to do the division as to which indivdiual gets what level of payment, i.e., based on the average of $800 and some dollars per month? If the fund were put aside there and we said, this is the funding; you will receive the interest or the investment structure that comes from it, and you will distribute it based on the criteria you have put in, is your association, or the task force or whoever, prepared to make those decisions, working with the people who are going to receive it?

Mr. Chadderton: With regard to whether the Thalidomide Victims Association of Canada would be prepared to accept the responsibility, the answer is yes. We have a charter for them. We set them up as a charitable institution. That was the original plan, that they themselves would make the decisions.

I apologize, Mr. Chairman, about the question of the dates. Dr. Cole is quite right, we are attributing statements to the minister and we should say what dates and where, but on the other hand in the interest of brevity we had to keep

[*Translation*]

«le ministre a dit ceci», sans savoir s'il l'a dit il y a 25 ans ou il y a six mois; je pense que cela fait une énorme différence. C'est une lacune de votre rapport. Je reconnais que vous avez peut-être vos raisons pour agir ainsi, mais je ne suis pas d'accord.

Vous dites par ailleurs qu'une firme avec qui vous avez fait affaire vous a dit que, si l'argent était investi, il rapporterait environ 350$ par personne en moyenne. Je pense que vous devriez faire des investissements plus rentables pour en arriver à ce genre de chiffres, parce qu'une somme de 7,5 millions de dollars investie à 10 p. 100 va rapporter 750.000$, ce qui équivaut à peu près à 10,000$ par demandeur, soit environ 800$ par mois, qui est le chiffre dont vous parliez. Je ne pense vraiment pas qu'un investissement à 10 p. 100 soit un investissement à risque, sur le marché actuel. J'ai l'impression que mes collègues de l'autre côté seront d'accord avec moi à ce sujet parce que nous nous plaignons tous des taux d'intérêt actuels.

J'ai du mal à concilier tous ces chiffres; il me semble que ça ne colle pas.

Je voudrais aussi savoir ce que vous pensez d'un autre aspect. J'ai certaines réserves au sujet de votre proposition, qui prévoit le versement d'un montant moins élevé cette année; vous devez reconnaître que cela signifie que vous devrez présenter une nouvelle demande l'année prochaine, et chaque année par la suite. C'est comme cela que les gouvernements fonctionnent. Ce montant ne vous sera tout simmplement pas versé indéfiniment de façon automatique.

Quand il faudra faire des rajustements—et c'est vous qui êtes les mieux placés pour déterminer quand ces rajustements seront nécessaires—vous devrez retourner voir le gouvernement et il est toujours possible que ce méchant gouvernement, quel qu'il soit, ait alors décrété des restrictions; j'ai donc l'impression que cela pourrait poser un problème très grave à l'avenir.

Si cet argent était placé en fiducie pour l'Association des victimes de la thalidomide, est-ce que l'Association serait en mesure d'effectuer la répartition et à déterminer qui reçoit quoi, en fonction de la moyenne de 800$ environ fixée par moi? Si ces fonds vous étaient réservés et que nous décidions que vous alliez recevoir les intérêts ou la structure d'investissement qui en résultent et que vous allez les distribuer selon des critères que vous aurez adopté vous-mêmes, est-ce que votre association, le groupe de travail ou qui que ce soit d'autre seraient prêts à prendre ces décisions et à travailler avec les gens qui vont recevoir cet argent?

M. Chadderton: Si vous voulez savoir si l'Association des victimes de la thalidomide du Canada serait prête à accepter cette responsabilité, je vous réponds par l'affirmative. Le règlement de l'association le prévoit; il s'agit d'un organisme de bienfaisance. Il était prévu à l'origine que c'est elle qui prendrait ces décisions.

Je m'excuse, monsieur le président, à propos des dates. M. Cole a bien raison de dire que nous devrions préciser à quelle date le ministre a prononcé les phrases que nous citons, mais nous devions rester brefs. Cependant, nous ne

[*Texte*]

things rather short. However, we do not want to shortchange the minister. All of the dates, all of the statements we talked about, were very recent except the ones identified that Waldo Monteith made 40 years ago.

I would like David Saunders, who is a chartered accountant and who dealt with the William Mercer company, to answer the question of how much would be realized.

Mr. David Saunders (Financial Adviser, Thalidomide Task Force and Thalidomide Victims Association of Canada): The $400 that the member talked about was based on the original William M. Mercer study that was carried out last summer sometime, and that was when we were talking about 100 thalidomide victims. Now we are talking about 75. I suspect that William M. Mercer would proportionally increase that to about $500.

• 1040

As the member said, right now we can get a 10% interest rate. Actuaries, being a very conservative lot, do not suspect we can get a 10% interest rate for the next 45 years. They expect we will get approximately a 6% real rate of return. The $395 they are talking about originally is adjusted for inflation. We talk about $7.5 million at a 10% rate being $750,000 a year. The $395 they talk about is $395 for this year per month. Next year it will be adjusted by inflation, and the following year it would be adjusted by inflation.

The $7.5 million at 10% is $750,000 and there is no adjustment for inflation in there. Let us hope interest rates will go down. If that is the case, then obviously the payments to the members of the Thalidomide Victims Association would go down with the interest rates, unless you built in some factor for inflation. That is what the Mercer study has done.

Mr. Halliday (Oxford): Welcome, Mr. Chadderton and colleagues. I want to welcome Dr. Claude Murphy in particular, who is here with his son Paul. Dr. Murphy and I worked together very closely 25 years or so ago. Paul, you may recall you went swimming in the pool in the Victorian Inn on the Park in the Stratford area.

Mr. Paul Murphy (Vice-President, Thalidomide Victims Association of Canada): Yes, sir.

Mr. Halliday: It is good to see you both again and welcome you here.

I want to raise a point in relation to the general effectiveness of the method of this hearing we are having today, in terms of my interest and those of Ms Greene, who was here until she had to leave.

We both serve on the Standing Committee on Human Rights and the Status of Disabled Persons. We are presently studying what we call the economic integration of disabled people into society, one aspect of which of course involves

[*Traduction*]

voulons pas tromper le Ministre. Toutes les déclarations que nous avons citées sont très récentes, sauf celle que Waldo Monteith a faite il y a 40 ans, et qui sont clairement identifiées.

J'aimerais que David Saunders réponde à la question de la rentabilité de l'investissement, puisqu'il est comptable agréé et que c'est lui qui a traité avec la firme William Mercer.

M. David Saunders (conseiller financier, le Groupe de travail sur la thalidomide et Association des victimes de la thalidomide du Canada): Le montant de 400$ dont le député a parlé est fondé sur l'étude originale effectuée par William M. Mercer l'été dernier, il était question à ce moment-là d'une centaine de victimes de la thalidomide. Il semble maintenant que c'est plutôt 75 environ. Je suppose que William M. Mercer augmentrait proportionnellement le montant du versement, qui serait alors d'environ 500$.

Comme l'a dit le député, le taux d'intérêt est aujourd'hui de 10 p. 100. Mais les actuaires, qui sont très conservateurs, ne pensent pas que ce taux se maintienne pendant les 45 prochaines années. Ils s'attendent plutôt, à un taux de rendement réel de 6 p. 100. Le montant de 395$ dont ils parlaient à l'orgine est rajusté pour tenir compte de l'inflation. Nous parlons donc d'environ 7,5 millions de dollars, à 10 p. 100 d'intérêt, ce qui représente 750,000$ par année. Le montant de 395$ qu'ils ont établi est un montant mensuel applicable pour cette année. L'an prochain, il sera rajusté en fonction de l'inflation, et l'année suivante également.

Un montant de 7,5 millions de dollars placé à 10 p. 100 raporte 750,000$, mais cela ne tient pas compte de l'inflation. Il faut espérer que les taux d'intérêt vont baisser. Si tel est le cas, les paiements qui seront versés aux membres de l'Association des victimes de la thalidomide baisseront également avec les taux d'intérêt, à moins d'inclure une disposition pour tenir compte de l'inflation. C'est ce qui a été fait dans l'étude Mercer.

M. Halliday (Oxford): Je vais tout d'abord souhaiter la bienvenue à M. Chadderton et à ses collègues. Je tiens tout particulièrement à souhaiter la bienvenue à M. Claude Murphy, qui est ici avec son fils Paul. M. Murphy et moi avons travaillé ensemble, en étroite collaboration, il y a à peu près 25 ans. Paul, vous vous souviendrez sans doute d'être allé nager dans la piscine du Victorian Inn on the Park, dans la région de Stratford.

M. Paul Murphy (vice-président, Association des victimes de thalidomide du Canada): Oui, monsieur.

M. Halliday: Je suis bien content de vous revoir tous deux et je vous souhaite la bienvenue.

J'ai un commentaire à faire sur l'efficacité générale de la méthode que nous suivons pour l'audience d'aujourd'hui, en ce qui concerne les questions qui m'intéressent tout particulièrement, ainsi que M^me^ Green, qui était ici mais qui a dû nous quitter.

Nous sommes tous deux membres du Comité permanent des droits de la personne et de la condition des personnes handicapées. Nous étudions à l'heure actuelle l'intégration économique des personnes handicapées dans la société, une

[*Text*]

financial aspects. Others are employment, housing, transportation and so on. We are hearing that there is a lack of involvement by the so-called grassroots—that we are having trouble motivating those people to do something, so I congratulate this group, because you are representing the grassroots here today and doing what other groups in the disabled community need to do. I am pleased to see that.

The other thing was pointed out by Mr. Warren. It was a hobby horse of mine for a number of years and is one they are still working on. It is the fact that people with disabilities who have to buy wheelchairs or modify their vans, as Paul has had to do, that sort of thing, often have to do it out of the discretionary income left over after they buy their food and clothes and so on.

Those of use who are able-bodied do not have that problem. We use that discretionary income to go to Florida or whatever. I have always felt there was an inequity there. You have quite rightly pointed it out, and our other committee will be pointing out again to government, that we have to address the matter of technical aids, for example, in a broad sense—that they indeed should be covered, and in my view by the provinces. It comes under their jurisdiction.

It does come under their jurisdiction under the Constitution. Paul might want to argue with me about it, Mr. Chairman—I do not know. Anyway, the matter of technical aids is very important. They should be provided by society so that those with disabilities are at the same level as the rest of us.

I have not given the little sermon I was provoked into giving after hearing the witnesses. I want to raise a couple of points that have concerned me about the coalition. Mr. Chairman, there is no way we can come to a final decision today, obviously, because a lot of questions need to be asked that we do not have time to ask today. We have to get the officials of the department before the committee as well before we can come to a fair judgment, but it is a good start to have had our witnesses here today with this point of view.

On page 9 you offer the schedule of settlements from the drug company. They go from $7,500 to $480,000. Could Mr. Chadderton tell us whether or not those represent payments to parents, or whether they represent monthly benefits to the children as they got older, or is it a combination of both?

• 1045

Mr. Chadderton: Mr. Chairman, it is a combination, and it is a dog's breakfast. In some provinces people in charge of administration of childrens' benefits said they would accept this and set it up as a trust fund and so and so. There were other trust funds set up which the people have not even received yet. As a matter of fact, Marie Olney has had personal experience with this problem of the drug companies' settlement.

[*Translation*]

question qui comporte bien sûr des aspects financiers. Il y a aussi les questions d'emploi, de logement, de transport et ainsi de suite. On nous dit que les principaux intéressés ne s'occupent pas assez de ce dossier et qu'il est difficile de les inciter à faire quelque chose; je tiens donc à féliciter votre groupe, qui est ici aujourd'hui, parce que vous représentez ces intéressés et que vous faites ce que d'autres groupes de personnes handicapées devraient faire, je suis heureux de le constater.

Le deuxième commentaire que je voulais faire a déjà été mentionné par M. Warren. C'est mon dada depuis des années, et cela n'a toujours pas été résolu: c'est le fait que les personnes handicapées qui doivent acheter des chaises roulantes ou modifier leur fourgonnette, comme Paul a dû le faire, doivent souvent se servir pour ce faire du revenu discrétionnaire qu'il leur reste après qu'ils ont acheté leur nourriture, leurs vêtements et ainsi de suite.

Ceux d'entre nous qui sommes en bonne condition physique n'avons pas ce problème. Nous utilisons ce revenu discrétionnaire pour aller en Floride ou pour d'autres dépenses de ce genre. J'ai toujours trouvé cela injuste. Vous avez tout à fait raison de le souligner, et l'autre comité auquel nous siégeons va le signaler de nouveau au gouvernement et lui dire que nous devons étudier la question des aides techniques, par exemple, de façon générale; d'après moi, ces aides devraient effectivement être fournies, par les provinces puisque cela est de leur compétence.

C'est de leur compétence aux termes de la Constitution. Paul ne sera peut-être pas d'accord avec moi à ce sujet, monsieur le président, je n'en sais rien. Quoiqu'il en soit, la question des aides techniques est très importante. Elles devraient être fournies par la société afin que les personnes handicapées soient sur le même pied que le reste de la population.

Je vous épargne le petit sermon qui m'est venu à l'esprit après avoir entendu nos témoins. Je vais cependant faire certaines observations au sujet de la coalition. Monsieur le président, il est évidemment impossible d'en arriver à une décision définitive aujourd'hui parce qu'il y a beaucoup de questions à poser et que nous n'avons pas le temps de les poser aujourd'hui. Nous devons d'ailleurs convoquer les fonctionnaires du Ministère avant de prendre une décision qui soit juste et équitable, mais je suis content d'avoir pu entendre les témoins qui sont ici aujourd'hui; c'est déjà un bon début.

A la page 9, vous donnez une liste des indemnités versées par la compagnie pharmaceutique; ces indemnités vont de 7,500$ à 480,000$. M. Chadderton pourrait-il nous dire si ces sommes représentent des paiement aux parents ou des prestations mensuelles versées aux enfants une fois qu'ils ont été un peu plus vieux, ou encore une combinaison des deux?

M. Chadderton: Monsieur le président, c'est une combinaison, et on y trouve un peu de tout. Dans certaines provinces, les responsables de l'administration des prestations aux enfants ont dit qu'ils accepteraient ce montant et qu'ils constituraient une fiducie; il y a aussi d'autres fiducies qui ont été mises sur pied, mais aucun paiement n'a encore été versé. En fait, Marie Olney a vécu personnellement ce problème que posent les indemnités versées par la compagnie pharmaceutique.

[*Texte*]

Ms Marie Olney (Member, Board of Directors, Thalidomide Victims Association of Canada): The drug company settlements are very low, and in a lot of cases the victims were not allowed to group together to form class actions.

My case is pending in mid-air after 28 years. My parents had a lawyer looking into it. He was proving to be very unsatisfactory and through a number of different channels another lawyer somehow approached us legally and said that he would be able to do something quite a bit better for us. That was about 13 years ago. Nothing is better, and I have lost out on that initial settlement too. That is often the case.

Mr. Chadderton: My final comment, Mr. Chairman, is that some of the annuities, believe it or not, had a yield of as low as 1.5%. They were accepted by the courts of the provinces concerned, and that is what the victims were stuck with.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am sure there are a lot of inequities. Obviously we need to delve into that further.

However there is one concern I had about a statement Mr. Chadderton made regarding the so-called gag order that was placed on the victims or their families. It is my understanding, and I think we have a copy of a letter that indicates this, that the companies have released any obligation on the part of the victims or their families. Those people can now release any information they wish regarding the settlements made by the companies. Am I not right in that?

Mr. Chadderton: We have been in touch with Donald Traci, the lawyer who represented the victims. He does not agree that you can dispense with the gag order because the gag order was given, I understand, by a term called "consent by the courts". So you have to go back to the court to get it released.

I think the big point here is that there is enough information on the legal situation to know that whatever was paid was not enough. Secondly, there is a responsibility on the part of the federal government. We have tried to get every possible source we can. Even when you get families after many, many years who will tell you what happened, the parents are afraid to tell you because in fact they took it and bought a house with it, and you may find that the thalidomide victim is not living in the house.

I tell you, Mr. Chairman, it is a quaqmire—this whole question of how the legal settlements were handled. Even if the drug company said to go ahead and release the information, that does not answer the question. It may mean that the consent order gave $200,000 but not in what way and what happend to it. Mr. Forbes, as the legal representative, could have a full-time job.

[*Traduction*]

Mme Marie Olney (membre du Conseil d'administration, Association des victimes de thalidomide du Canada): Les indemnités versées par la compagnie pharmaceutique sont très basses et, dans bien des cas, les victimes n'ont pas été autorisées à se regrouper pour intenter un recours collectif.

Dans mon cas, rien n'est encore réglé, après 28 ans. Mes parents avaient engagé un avocat pour s'occuper du dossier. Il n'a vraiment pas fait du bon travail et, par d'autres voies, un autre avocat a communiqué avec nous et nous a dit qu'il pouvait faire beaucoup mieux. Cela fait 13 ans. Mais rien ne s'est amélioré et j'ai perdu de l'argent là aussi. Cela arrive souvent.

M. Chadderton: Un dernier commentaire, monsieur le président. Certaines de ces rentes, croyez-le ou non, n'offrent qu'un rendement de 1,5 p. 100. Elles ont été acceptées par les tribunaux des provinces concernées, et les victimes doivent maintenant s'en contenter.

M. Halliday: Monsieur le président, je suis sûr qu'il y a beaucoup d'injustices. Il faut de toute évidence étudier cette question plus à fond.

Toutefois je voudrais bien avoir des éclaircissements sur une déclaration que M. Chadderton a faite au sujet du baillon qui aurait été imposé aux victimes et à leur familles. Il me semblait—et je pense avoir une copie d'une lettre en ce sens—que les compagnies avaient levé toutes les obligations de ce genre qui avaient été imposées aux victimes ou à leurs familles. Ces gens peuvent maintenant rendre publique toute l'information dont ils disposent au sujet des indemnitées versées par les compagnies. N'est-ce pas exact?

M. Chadderton: Nous avons communiqué avec Donald Traci, l'avocat qui représentait les victimes. D'après lui, l'ordonnance de bâillonnement est toujours en vigueur parce qu'elle a été donnée, si je comprends bien, par «consentement des tribunaux». Il faut donc retourner devant un tribunal pour lever cette obligation.

Je pense que ce qui est important ici, c'est que nous avons assez d'informations sur la situation juridique pour savoir que le montant qui a été versé n'était pas suffisant. Deuxièmement, le gouvernement fédéral a sa part de responsabilité dans cette affaire. Nous avons essayé d'obtenir des renseignements de toutes les sources posssibles. Et même lorsqu'on réussit à joindre les familles après tant d'années, pour qu'elles nous disent ce qui est arrivé, les parents ont parfois peur de le dire parce que, en fait, ils ont empoché l'argent et ont acheté une maison, alors que la victime de thalidomide n'habite même pas dans cette maison.

Je vous le dis, monsieur le président, toute cette question du versement des indemnités décrété par les tribunaux est un vrai bourbier. Même si la compagnie pharmaceutique autorisait les familles à rendre cette information publique, cela ne répondrait pas à la question. Cela signifierait peut-être que l'ordonnance sur consentement prévoyait le versement d'une somme de 200,000$, mais nous n'en saurions pas davantage sur la façon dont cette somme a été versée et sur ce qu'il en est advenu. Cela pourrait constituer un travail à plein temps pour notre conseiller juridique, M. Forbes.

[*Text*]

Mr. Forbes: Just one comment, Mr. Chairman, to show you the practicalities of how difficult it is to obtain information. When we first got involved as a task force two years ago, we went to the trust company that is administering many of these annuities in the province of Ontario, in fact the greater majority of these annuities. They refused to tell us the lump sums were that went into those annuities back 20, 25 years ago because they maintained that the court order would not allow them to release the information.

There are two victims here today who do not know what lump-sum settlement they received 20 or 25 years ago. When you factor in the fact that the annuities were structured, as Mr. Chadderton mentioned, at 1.5% and 2%, and take into account the inflation rates we have had over the last 20, 25 years, you can understand why we come to the conclusion that it is a dog's breakfast to try to determine what it is they actually received in real dollars.

Mr. Halliday: You made a good point, Mr. Chairman, I think that needs to be further investigated. However, you do have a letter that states the company releases any of its obligations as far as releasing information is concerned. They are prepared to see the victims do it.

Mr. Chadderton: Yes.

• 1050

Mr. Halliday: On the question of an equal payment versus the payment in proportion to disability, I understand it. I think Mr. Fontana's view that those kinds of payments are always based on the degree of disability probably is not quite correct. All you have to do is look at the Canada Pension Plan disability thing and how that is done.

Mr. Fontana: I knew you were going to say that.

Mr. Halliday: I am just trying to look at both sides.

Mr. Fontana: That is the rule.

Mr. Halliday: I realize that with Worker's Compensation and Veterans Affairs it is. The unique thing about this problem is the third-party liability. As soon as you get third-party liability into this, then you have complications. Looking at it from that perspective—I am being the devil's advocate a little bit here, and Mr. Forbes can probably tell us better how to address it—since there is third-party liability. . .

For example, OHIP in Ontario will not pay for health care work if there is third-party liability because then you are spending tax dollars on somebody where the payment should be made by a third party if they are liable. We have third-party liability here, I understand, on the part of the drug companies. It puts the governments in a different position from Veterans Affairs or Worker's Compensation. Maybe Mr. Chadderton or Mr. Forbes could address this issue of third-party liability and how it affects this whole issue.

[*Translation*]

M. Forbes: Monsieur le président, une petite observation pour vous montrer à quel point il est difficile dans la pratique, d'obtenir des renseignements. Quand nous avons constitué le groupe de travail il y a deux ans, nous sommes allés voir la société de fiducie qui administre bon nombre de ces rentes en Ontairo, et même la plupart de ces rentes. Elle a refusé de nous dire le montant forfaitaire qui a permis de constituer ces rentes il y a 20 ou 25 ans parce qu'elle soutenait que l'ordonnance du tribunal ne le lui permettait pas.

Il y a ici aujourd'hui deux victimes qui ne savent pas le montant de l'indemnité forfaitaire qu'elles ont reçu il y a 20 ou 25 ans. Si l'on tient compte du fait que ces rentes ont été structurées à 1,5 p. 100 et à 2 p. 100, comme l'a mentionné M. Chadderton, et des taux d'inflation que nous avons connu au cours des 20 ou 25 dernières années, vous comprendrez pourquoi nous en sommes venus à la conclusion qu'il est extrêmement compliqué d'essayer de déterminer la somme reçue, en dollars réels.

M. Halliday: C'est là un argument intéressant. Monsieur le président, je pense qu'il serait bon d'étudier cette question plus à fond. Cependant, vous avez bien une lettre dans laquelle la compagnie lève toute obligation qu'elle avait imposée au sujet de la diffusion de renseignements. Elle est disposée à accepter que les victimes rendent ces renseignements publics.

M. Chadderton: Oui.

M. Halliday: Je comprends vos arguments en faveur du versement d'un paiement proportionnel à l'incapacité plutôt que d'un paiement égal pour tout le monde. Je pense que M. Fontana n'a pas tout à fait raison de dire que les paiements de ce genre sont toujours fondés sur le degré d'incapacité. Vous n'avez qu'à étudier les dispositions du Régime de pensions du Canada à ce sujet.

M. Fontana: Je savais que vous alliez dire cela.

M. Halliday: J'essaie simplement de regarder les deux côtés de la médaille.

M. Fontana: C'est la règle générale.

M. Halliday: C'est effectivement le cas des indemnisations des accidentés du travail et des allocations aux anciens combattants. Mais le cas qui nous occupe a ceci de particulier qu'il y a une tierce partie en cause. Dès qu'il y a une tierce partie, cela complique les choses. De ce point de vue—je me fais un peu l'avocat du diable, et M. Forbes pourrait probablement nous dire comment aborder la question—puisqu'il y a une tierce partie responsable. . .

Par exemple, en Ontario, le régime d'assurance-maladie ne rembourse pas le montant des soins de santé s'il y a une tierce partie en cause parce que cela consisterait à dépenser l'argent du contribuable à la place de cette tierce partie, si elle est effectivement responsable de la situation. Il y a donc une tierce partie en cause dans cette affaire, et ce sont les compagnies pharmaceutiques. Les gouvernements ne sont donc pas dans la même situation que dans le cas des anciens combattants ou des accidentés du travail. M. Chadderton, ou M. Forbes, pourrait peut-être nous parler de cette responsabilité des tierces parties et des conséquences que cela peut avoir pour toute cette affaire.

[*Texte*]

Mr. Chadderton: I did not answer one of the questions from Dr. Cole. We do not see the necessity for re-application year after year after year. We see the necessity for perhaps some adjustment, and it can be done through the exceptional incapacity allowance as the condition worsens. They should simply say, as they do with old age pension, you are 65, you are set into category so-and-so and this is how much money you get.

Coming back to the question of the difference between Canada Pension Plan, which is based on income, our claim is based entirely on the degree of the disability. Once you try to get beyond it, you are in real trouble. We do think it is possible to assess the degree of disability and to put a dollar value on it.

Mr. Halliday: I meant to raise that too. I agree with you.

Mr. Forbes: On the point about third party, we have taken the position from the onset that once you get into trying to factor in the settlements certain people received and all the mishmash this requires, you are going to be into a very lengthy exercise. We are only asking the federal government to take on their part of the responsibility at this stage in the exercise.

If you go back 25 years ago and try to determine how certain thalidomide victims may have used the money, how their parents may have used the money, and how much money they have left today, it would take us forever to determine the bottom line.

We are suggesting to look now at the degree of disability these people are suffering. Let us look at the kinds of assistance we can get from parallel legislation in Canada where indeed the degree of disability is considered. Let us try to establish a criterion based on the extent of disability as opposed to just giving out identical payments, which just flies in the face of all fairness.

We have used the comparisons here but there are other thalidomide victims who were quite frank in admitting they have far less disability and far less need than certain of the more severely disabled. Surely if we are going to go this far into this assessment, why do we not do it properly?

The Chairman: We are always pressed for time here and we have another legislative committee that is ready to take our place at 11 a.m. I would, however, on behalf of all members of the standing committee, extend to you our sincere thanks and appreciation for the information you have provided to us.

I think it gives each of us a better insight into certainly what you are dealing with and perhaps what we will be dealing with as we talk. I think it has been indicated we would like to hear from officials from the department as well. Certainly if you wish to contact members of the committee as we develop further into looking at the situation, please feel free to call us.

We do sincerely thank you very much for your appearance this morning. Members of the committee, I think, are appreciative of the fact that you have provided us with the details in your brief. I think there have been some valid

[*Traduction*]

M. Chadderton: J'ai oublié de répondre à une des questions de M. Cole. Nous ne voyons pas pourquoi il serait nécessaire de présenter une nouvelle demande année après année. Il faudrait peut-être faire des ajustements, par exemple sous forme d'allocation pour incapacité exceptionnelle, si l'état des victimes s'aggrave. On devrait tout simplement dire, comme pour les pensions de vieillesse, que les personnes qui ont 65 ans révolus sont placées dans une catégorie donnée et reçoivent un montant donné.

Pour en revenir à la différence avec le Régime de pensions du Canada, qui est fondé sur le revenu, notre proposition est fondée entièrement sur le degré d'incapacité. Toute autre solution serait vraiment difficile à appliquer. Nous pensons qu'il est effectivement possible de déterminer le degré d'incapacité et la valeur monétaire que cela représente.

M. Halliday: Je voulais, moi aussi, soulever cet aspect de la question. Je suis d'accord avec vous.

M. Forbes: En ce qui concerne la tierce partie, nous sommes d'avis depuis le départ que, si nous voulons essayer de tenir compte des indemnités que certaines personnes ont reçues et de faire les calculs très compliqués que cela nécessiterait, cela prendrait beaucoup de temps. Nous demandons simplement au gouvernement fédéral d'assumer sa part de responsabilités à ce stade-ci de l'exercice.

Si nous voulions retourner en arrière, il y a 25 ans, et tenter de déterminer comment certaines victimes de la thalidomide ou leurs parents ont dépensé l'argent reçu et combien il leur reste aujourd'hui de cette somme, cela nous prendrait un temps fou.

Nous suggérons plutôt de déterminer le degré d'incapacité dont souffrent ces gens. Il faudrait étudier les autres programmes d'aide canadiens prévus dans des textes législatifs semblables, où l'on tient compte effectivement du degré d'incapacité. Il faudrait ensuite établir des critères fondés sur ce degré d'incapacité plutôt que de se contenter de verser des paiements identiques, ce qui va à l'encontre de la justice la plus fondamentale.

Nous avons fait des comparaisons ici, mais il y a d'autres victimes de la thalidomide qui ont admis très honnêtement qu'elles sont moins touchées que d'autres et qu'elles ont par conséquent beaucoup moins besoin d'aide. Il est certain que, si nous voulons aller aussi loin dans notre évaluation, il faut procéder de la bonne façon.

Le président: Nous manquons toujours de temps, et il y a un autre comité législatif qui est prêt à prendre notre place à 11 heures. Je tiens cependant, au nom de tous les membres du Comité permanent, à vous remercier sincèrement de l'information que vous nous avez transmise.

Je pense que chacun de nous comprend mieux maintenant ce que vous vivez et le genre de questions que nous aurons à étudier. Certains membres du Comité ont déjà dit qu'il serait intéressant d'entendre aussi des fonctionnaires du ministère. Si vous voulez communiquer avec les membres du comité quand nous serons rendus un peu plus loin dans notre étude, n'hésitez surtout pas à nous appeler.

Nous vous remercions sincèrement de votre comparution ce matin. Je pense que les membres du Comité vous sont particulièrement reconnaissants de nous avoir fourni des détails dans votre mémoire. Je pense qu'il y a eu des deux

[*Text*]

suggestions on both sides to give us all cause for thought. Hopefully we can resolve in the near future the situation I think all of you are facing. Thank you very much for your appearance this morning.

• 1055

Mr. Chadderton: Thank you, Mr. Chairman. In the brief we presented we simply tried to put in some highlights. If anyone is studying it in detail, I recommend to them, firstly, the task force report and, secondly, the counter-proposal, which was April 18, 1989, after the minister made his proposal of $7.5 million. This would give you the complete picture, right up to date of where we are. Thank you so much.

The Chairman: The meeting is adjourned.

[*Translation*]

côtés des suggestions intéressantes, qui méritent réflexion. Nous espérons bien pouvoir remédier dans un avenir prochain à la situation que vous vivez tous. Je vous remercie beaucoup d'être venus ce matin.

M. Chadderton: Merci, monsieur le président. Nous avons essayé dans notre mémoire de vous donner un aperçu général de la situation. Si vous voulez l'étudier de façon plus approfondie, je vous recommanderai de lire tout d'abord le rapport du groupe de travail, et ensuite la contre-proposition qui a été faite le 18 avril 1989, après que le ministre eut présenté sa proposition prévoyant le versement de 7,5 millions de dollars. Vous aurez ainsi des renseignements complets et à jour sur le dossier. Merci beaucoup.

Le président: La séance est levée.

APPENDIX "HESO-1"

The War Amputations of Canada
Les Amputés de guerre du Canada

Thalidomide Task Force / Groupe de travail sur la thalidomide

SUBMISSION: The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and Status of Women

SUBJECT: Compensation for Canada's Thalidomide Victims

SUBMITTED BY: H. Clifford Chadderton, OC, OStJ, DCL
Chairman, Thalidomide Task Force

DATE: December 13, 1990

National Headquarters (613) 731-3821 Siège Social
2827 Riverside Drive, Ottawa, Ontario K1V 0C4

Chantable Registration Number 0286831 09
No d'enregistrement de donation 0286831 09

HISTORY

1960: The Canadian government approves the sale of thalidomide in Canada. (On the basis of the same data, the US government, by contrast, refuses to grant a license.)

1961 - 1962: The Canadian government leaves the drug on the market for three months after it is banned internationally.

June 1987: The War Amputations of Canada sets up the Thalidomide Task Force.

February 14, 1989: The Task Force delivers a three-volume Report to Health and Welfare Minister Perrin Beatty, seeking compensation from the federal government for Canadian thalidomide victims.

September 22, 1989: The Task Force submits a 22-page communication to the UN Human Rights Committee in Geneva citing Canada for a violation of the human rights of thalidomide victims.

1963 - 1990: In Canada, approximately 75 victims wait for the Canadian Government to make good on a promise made to them in 1963 by the then minister of Health and Welfare, who said: "It is our job to ensure... that their needs are met to the fullest extent."

GOVERNMENT PROPOSAL

On February 13, 1990, Perrin Beatty announces a $7.5 million assistance "proposal" to be paid to victims in equal amounts regardless of degree of disability.

COUNTER-PROPOSAL

A study group of actuaries, legal and medical experts, thalidomide victims and their families, convened by the Task Force, presents a counter-proposal on April 18, 1990.

The counter-proposal suggests a lump sum settlement from the government to provide structured monthly payments to the victims, based on degree of disability.

The study group also recommends a trust fund of $2 million to meet the victims' special needs. (This part of the proposal, however, is subsequently shelved, for the time being.)

Following discussions with government officials in October 1990, and in recognition of the period of fiscal austerity created by recent economic and international developments, the Task Force subsequently proposes another change.

As an alternative to a lump-sum settlement, it is recommended that the monthly payments to thalidomide victims be made directly by the government. This would provide monthly income of $850 to the average victim.

The amount required to meet the current and future financial needs of thalidomide victims, based on 75 victims where the average payment would be $850 per month, would be $765,000 for the first year.

OBSERVATIONS OF STUDY GROUP

1. The proposed amount of $7.5 million is not perceived as adequate compensation in respect of the federal government's responsibility. It is noted that individual court settlements in similar cases cited in the Task Force Report amount to $1.6 - $6 million, based on degree of disability.

2. When considered on a monthly basis over the projected life expectancies of the thalidomide victims, Beatty's proposal falls considerably short of adequate compensation. An actuarial report prepared by William M. Mercer Limited, and based on the relevant assumptions, indicates that Beatty's proposal is sufficient only to provide each victim a monthly payment of $395.

3. Disability profiles for thalidomide victims, prepared by the Thalidomide Task Force at the request of personnel of the Department of National Health and Welfare and delivered to such personnel on January 18, 1990, would appear to offer a reasonable basis for distribution according to the degree of disability of each thalidomide victim. (See below, PROPOSED DISABILITY PROFILES, and see also Appendix A for Thalidomide Attendance Allowance and Thalidomide Incapacity Allowance.)

4. According to an expert legal opinion obtained by the Task Force, Beatty's proposed distribution scheme (i.e. same settlement for each victim, regardless of disability) contravenes the Charter of Rights.

LEGAL SETTLEMENTS

A statement from the Minister of National Health and Welfare infers that amounts received from drug company legal settlements should be taken into account in determining the quantum of federal government assistance. In such regard, it must be noted that:

a) Comparing the settlements received by individuals in Canada reveals gross inequalities among them.

b) The effect of inflation over the years has significantly eroded the value of these settlements in the present context.

c) The full story of the settlements can never be known. The consent judgments were made on the understanding that the details of such judgments would not be made public.

d) In addition, the legal costs in regard to the actions against the drug companies were deducted from the settlements; and there is no practical manner in which it is possible to determine these costs.

e) Finally, there were a number of thalidomide victims who received no compensation from the drug companies.

In view of the above, it would seem unreasonable for the government to make any reference whatsoever to settlements from the drug company, in establishing the amount of federal government grant.

PROPOSED DISABILITY PROFILES - THALIDOMIDE VICTIMS

The proposed disability profiles which were submitted to the Department of National Health and Welfare in January 1990 are set out below.

Table of Disability Profiles

Grade 1: Loss or loss of use of all four limbs, with added severe disabilities.
Grade 2: Loss or loss of use of all four limbs.
Grade 3: Loss or loss of use of both upper limbs, with added disability.
Grade 4: Loss or loss of use of lower limbs, with added disability.
Grade 5: Loss or loss of use of upper limbs.
Grade 6: Loss or loss of use of lower limbs.
Grade 7: Loss of one upper limb, with added disability.
Grade 8: Loss of one lower limb, with added disability.
Grade 9: Loss of one upper limb.
Grade 10: Loss of one lower limb.

Notes re disability profiles:

1. These profiles would form the first plateau in determining extent of disability. The victim would be allocated to one of the categories above and, if there are additional disabilities which can be demonstrated in the form of Thalidomide Incapacity and/or need for Thalidomide Attendance Allowance, consideration would be given to additional "points" under the system.

2. A basic rate would be fixed for each grade level of the disability profiles.

Table of Basic Rates

Grade 1 = $1,000 per month
Grade 2 = $ 900 per month
Grade 3 = $ 800 per month
Grade 4 = $ 700 per month
Grade 5 = $ 600 per month
Grade 6 = $ 500 per month
Grade 7 = $ 400 per month
Grade 8 = $ 300 per month
Grade 9 = $ 200 per month
Grade 10 = $ 100 per month

3. Those with thalidomide-caused disabilities where there has been no loss of use in the limbs may be rated in accordance with the general principle under which the loss of physical capacity is estimated and the thalidomide-affected person would be accorded a category anywhere from 1 to 10.

4. The rates set out in note #2 (above) would be adjusted annually according to the Consumer Price Index (CPI), to provide inflation protection.

5. Each individual, in addition to the basic rate, may be awarded Thalidomide Attendance Allowance and Thalidomide Incapacity Allowance based on Grades 1 to 5 for each allowance, with Grade 1 being the highest.

The initial rates would start at $500/month decreasing in multiples of $100. Both the Thalidomide Attendance Allowance rate and the Thalidomide Incapacity Allowance rate would be indexed in the same manner as the basic rate, using the CPI.

The following table is set out as a guide, and applies equally to the Thalidomide Attendance Allowance and the Thalidomide Incapacity Allowance.

Table of Allowances

Grade 1 = $500
Grade 2 = $400
Grade 3 = $300
Grade 4 = $200
Grade 5 = $100

6. All payments would be tax free.

7. A committee comprised of two officials of the Department of National Health and Welfare would provide initial adjudication in regard to ratings for category, Thalidomide Attendance Allowance, and Thalidomide Incapacity Allowance.

8. The payments would be made by monthly cheque in the same manner as Old Age Security.

DEPARTMENTAL RESPONSES

The Minister has made statements in media interviews and letters to parents that do not bear up under closer investigation.

1. The Minister stated that the government provided "assistance...for rehabilitation, counselling and other services for thalidomide victims and their families." The

Thalidomide Victims Association of Canada tells us, however, that very little, if any, of the government efforts directly assisted the victims.

2. The Minister stated that the government aided "a number of families" by offering "whatever assistance they might require" in presenting their cases for financial compensation to the companies that manufactured thalidomide. The victims' families say this assistance was minimal -- a fact confirmed publicly by one of the lawyers most involved with the claims on behalf of the families, attorney Donald Traci of Cleveland, Ohio.

3. The Minister stated that the victims received "fair and adequate" compensation from the drug company; yet in all the cases we have investigated not only were the amounts minimal by today's standards but also the settlements were not sufficiently protected from inflation, causing significant erosion of their value.

OPTIONS

Our Task Force, and the victims, still have some options:

1. We can continue to pursue our claim before the UN Human Rights Committee. We do, however, regret the necessity of having to embarrass our own country before the human rights community for failing to address the needs of our thalidomide victims.

2. We asked the Prime Minister for a Parliamentary Committee to provide an open forum on the matter. It will give MPs a chance to get into the act!

3. We plan to initiate a claim on behalf of the victims before the Federal Court of Canada, pursuant to the Charter of Rights, in the event that the Minister proceeds with the proposal to provide equal payments to victims regardless of disability.

EX GRATIA PAYMENT

The proposal put forward by the Thalidomide Task Force and the Thalidomide Victims Association, to the effect that an ex gratia payment be made to thalidomide victims on the basis of degree of disability, would not appear to be in violation of the Charter of Rights and Freedoms.

LEGAL LIABILITY VS. MORAL RESPONSIBILITY

It is the position of the Thalidomide Task Force, and the Thalidomide Victims Association of Canada, arising out of the findings of the Thalidomide Task Force, that there are no grounds to substantiate a claim of legal liability against the Canadian government.

With respect to the issue of legal liability as opposed to moral responsibility, reference is made to the following excerpts from the Task Force Report:

> *It is clear...that the thalidomide victims in Canada have no claim in law against the Canadian government.* (Page 142)
>
> *The very fact that the Minister of NHW, speaking on behalf of the federal government, was prepared to arrange for expenditure of federal funds in an area which normally would be considered as coming within provincial mandate, can be given a clear interpretation: The federal government was admitting some responsibility in the matter.* (Page 93)
>
> *The [then] Minister of National Health and Welfare, the Honourable J. Waldo Monteith, stated..."It is our job to ensure that these [thalidomide] victims are cared for in the best possible manner [and] that their needs are met to the fullest extent we can devise."* (Page 112)

POSSIBLE EFFECT OF EXTRAORDINARY PAYMENTS IN REGARD TO ASSISTANCE FROM OTHER GOVERNMENT SOURCES

It may be that some thalidomide victims are in receipt of social assistance or other payments from provincial and/or municipal government sources.

It is possible, of course, that any payments made from the federal government by way of "extraordinary assistance" could result in a decrease in such amounts.

It is the considered opinion of the Thalidomide Task Force and the Thalidomide Victims Association of Canada that this is not a matter which should be of concern to the federal government.

If any payments from the federal government do, in fact, affect the amount of assistance from other governments, the decision is one which would be made entirely at the discretion of provincial and/or municipal administrations.

Insofar as the Thalidomide Victims Association of Canada can speak for thalidomide victims (and it is a properly

constituted body with what we believe are acceptable powers to do so), we can give the assurance that TVAC would not hold the federal government responsible for any diminution of benefits which may be paid now or in future from provincial and/or municipal government sources, by reason of payments by the federal government to thalidomide victims.

PAYMENTS FROM AMERICAN DRUG COMPANY

The Thalidomide Task Force, in conjunction with the Thalidomide Victims Association of Canada, conducted a survey of thalidomide victims registered with our Task Force.

Of those surveyed, 40 individuals responded to the effect that they had received no legal settlements from the drug manufacturer.

On the other hand, 38 respondents (either victims or parents responding on behalf thereof) indicated that legal settlements had been received.

Taking into account the 40 respondents who received no assistance, we are assuming a total of 78 replies. Using this figure as a denominator, the settlements, according to our survey, averaged out at $70,772.

These figures appear to tally closely with the information we received from US attorney Donald Traci, who based his information not only on the cases handled by his firm in Ohio but also on those settled through the courts in New Jersey.

It is the position of the thalidomide victims, as submitted by the representatives of the Thalidomide Victims Association of Canada, that the amounts of such settlements should not affect any proposed payments from the Government of Canada.

Based on the replies to our survey, we are including herewith a schedule of settlements received by victims from the drug manufacturer.

Schedule of settlements from drug manufacturer

Column A = number of victims
Column B = settlement received

A	B	A	B	A	B
1 -	$ 7,500	1 -	$ 65,000	1 -	$250,000
6 -	10,000	2 -	100,000	1 -	320,000
1 -	23,750	2 -	130,000	1 -	330,000
1 -	30,000	1 -	150,000	1 -	338,000
2 -	32,000	1 -	152,000	1 -	375,000
1 -	40,000	1 -	175,000	1 -	400,000
1 -	45,000	3 -	200,000	2 -	450,000
1 -	50,000	1 -	205,000	1 -	480,000

** In addition, three victims did not specify the amount of the settlements they received from the drug manufacturer.*

PAYMENT PROCEDURE

It is our position that the only reasonable basis for distribution of assistance from the federal government is the scheme we have described: monthly payments to the thalidomide victims, according to disability profiles. As to quantum, the information included in the Task Force Report is pertinent.

The average, qualified applicant would be provided approximately $850 per month.

Taking into consideration the fiscal restraints imposed on the government by the effects of a recession and recent defence expenditures, the Task Force recommends that the government meet the current and future financial needs of thalidomide victims by providing direct monthly payments to the victims.

The capital cost to the government of this proposal, based on 75 victims where the average payment would be $850 per month, would be $765,000 for the first year.

Allowing for inflation based on the consumer price index (CPI), plus an added factor for "undetermined," we could assume a cost of $765,000 for the first year, with an increase to approximately $1 million during the first four years of the program.

CONCLUSION

On behalf of the Thalidomide Victims Association of Canada and the Thalidomide Task Force, I would like to express sincere appreciation to the Standing Committee for providing this opportunity to explain our proposal, which has been based on the Task Force Report submitted to the Minister of National Health and Welfare on February 14, 1989.

We would be pleased, of course, to furnish any additional information which may be required.

I would wish, at the same time, to indicate quite clearly that the current ongoing discussions with officials of the Department of National Health and Welfare appear to be proceeding along lines which are satisfactory to our group.

At the same time, we are indeed grateful that we have had this opportunity of placing our views before your committee, as a matter of public record.

Respectfully submitted,

H. Clifford Chadderton, OC, OStJ, DCL
Chairman
Thalidomide Task Force

APPENDIX A

THALIDOMIDE ATTENDANCE ALLOWANCE

The Adjudication of Thalidomide Attendance Allowance Applications

1. The Thalidomide Board of Adjudication shall assess applications for Thalidomide Attendance Allowance on the following basis:

(a) The Thalidomide Board of Adjudication shall determine the Grade of a Thalidomide Attendance Allowance based on the record of factual information covering the Thalidomide victim's actual need of Attendance;

(b) The need of Attendance shall be assessed under five Grades of entitlement, which shall be delineated under this Guideline;

(c) Three major factors shall be taken into consideration in evaluating individual applications for Thalidomide Attendance Allowance:

(i) The Activities of Daily Living - the Thalidomide Board of Adjudication shall consider the Thalidomide victim's ability to cope with the activities of daily living and his need for assistance with or supervision of these activities of daily living which shall include the following:

- eating;
- dressing;
- washing;
- shaving;
- attending to the wants of nature;
- adjusting appliances;
- any other related activities of daily living;

(ii) Mobility - The Thalidomide Board of Adjudication shall consider the Thalidomide victim's requirements for Attendance with respect to his mobility problems;

(iii) Supervision - The Thalidomide Board of Adjudication shall

consider the Thalidomide victim's need for supervision in carrying out his day to day activities;

(d) These three factors, namely, (i) the activities of daily living, (ii) mobility and (iii) supervision, shall be considered for each of the Five Grades of Thalidomide Attendance Allowance according to the relative need relevant to each factor.

(e) These three factors must be considered in conjunction with each other, recognizing that a requirement for Attendance as a result of one of these factors, may increase requirement for Attendance as a result of the other factors. In other words, these factors taken together may have a synergistic affect on the need for Attendance for a Thalidomide victim. However, if any one factor is sufficiently dominant as to qualify a Thalidomide victim for an award or an increased award, then such an award or increase shall be granted.

(f) The Thalidomide Board of Adjudication shall employ the above considerations in evaluating the Grade Levels to be awarded for Thalidomide Incapacity Allowance with reference to the following terminology:

(i) total care;
(ii) significant supervision or assistance;
(iii) intermittent daily supervision or assistance;
(iv) minimal supervision;
(v) occasional assistance or supervision;

The Determination of Grade Levels for Thalidomide Attendance Allowance

Grade I

The Thalidomide victim needs total care;

Grade II

The Thalidomide victim needs significant supervision or assistance (either personal or mechanical) with all activities of daily living;

Grade III

The Thalidomide victim needs intermittent supervision or assistance in performing some activities of daily living.

Grade IV

The Thalidomide victim needs minimal supervision or assistance on a daily basis with activities of daily living but is essentially independent within the home environment and can be safely left unattended for significant periods of time, overnight or throughout the day.

Grade V

The Thalidomide victim needs occasional assistance or supervision with activities of daily living.

THALIDOMIDE INCAPACITY ALLOWANCE

The Determination of Grade Levels for Thalidomide Incapacity Allowance

1. These guidelines will require the Thalidomide Board of Adjudication to consider each application through a process of comparing the severity of the incapacity suffered by the Thalidomide applicant to the defined profiles of each Grade Level set out below. In this context a type of precedent system will have to be adhered to by the Thalidomide Board of Adjudication in order to provide appropriate consistency and predictability of adjudication.

2. Notwithstanding the establishment of these guidelines with reference to the Grade Level for Thalidomide Incapacity Allowance, it will be necessary for the Thalidomide Board of Adjudication to adjudicate each application on its individual merits due to the fact that many claims possess unique combinations of multiple disabilities and resultant incapacities.

3. The evidence to be considered in determining the Grade Levels of Thalidomide Incapacity Allowance to be awarded in individual applications may include non-medical evidence and documentation in addition to medical evidence and documentation.

4. The concept of a Thalidomide Incapacity Allowance has been established through a process of adapting the Exceptional Incapacity Allowance principle enacted under Section 57 of The Canadian Pension Act as applicable to disabled Canadian veterans. The Exceptional Incapacity Allowance principle pursuant to The Veterans pension legislation has been developed over many years by the Canadian Pension Commission in concert with leading veterans organizations and, in particular, The War Amputations of Canada. It is to be noted that the present grade profiles employed by the Canadian Pension Commission in evaluating individual Exceptional Incapacity Allowance claims have resulted from extensive development of this Exceptional Incapacity Allowance principle as a consequence of a number of interpretation decisions made by the Pension Review Board and the Federal Court of Appeal of Canada and, indeed, as a direct result of a report of a Special Judicial Committee established in 1984 to study procedures pursuant to the Pension Act under the chairmanship of his Honour, Judge Rene Marin. It is to be submitted that this principal of Exceptional Incapacity Allowance as employed under the Canada Pension Act for disabled Canadian veterans is an appropriate standard to be utilized with regard to the examination of individual claims by Canadian Thalidomide victims for a Thalidomide Incapacity Allowance.

Subject to the foregoing, the following represents a general "profile" for each Grade Level of Thalidomide Incapacity Allowance:-

Grade Five

(a) Incapacity arising as a consequence of the degree of helplessness, the loss of enjoyment of life, the extent of pain and discomfort, the shortening of life expectancy, psychological complications or other material Thalidomide Incapacity Allowance factors wherein such factors impact on the ability of the applicant to manage his Thalidomide related disabilities;

or

(b) Incapacity flowing from an evaluation of the general life-style of the applicant so as to result in a negative impact on the Thalidomide victim's social, psychological or domestic circumstances;

or

(c) Incapacity suffered as a consequence of the inter-relationship of Thalidomide related disabilities which produces a synergistic effect on the Thalidomide victim's ability to cope with his general state of disablement;

or

(d) The existence of evidence of circumstances wherein the applicant is approaching the state whereby his activities of daily living are in jeopardy.

Grade Four

(a) An increase in the level of incapacity suffered by the applicant when compared to the profile of a Grade Five recipient of a Thalidomide Incapacity Allowance, with particular regard to the prerequisites outlined in subparagraphs (a), (b),(c) and (d) of the Grade Five profile description;

or

(b) The existence of a medical condition of a major nature, (example the loss of a limb in whole or in part; the loss of function or serious

impairment in use of a limb, et al), or a number of minor medical conditions whose cumulative impact have progressed to the extent that these conditions affect the ability of the Thalidomide victim to cope with his state of incapacity;

Grade Three

(a) An increase in the level of incapacity suffered by the applicant when compared to the profile of a Grade Four recipient of Thalidomide Incapacity Allowance, with particular regard to the prerequisites outlined in subparagraphs (a), (b), (c) and (d) of the Grade Five profile descriptions;

or

(b) The existence of two major medical conditions or one major medical condition together with a number of minor medical conditions whose cumulative impact have progressed to the extent that these conditions affect the ability of the Thalidomide victim to cope with his state of incapacity;

or

(c) The severity of the cumulative affect of the Thalidomide related disabilities has reached such a level so as to significantly incapacitate the applicant, without specific regard to the number of medical conditions, in circumstances where the applicant is approaching the position of being unable to reasonably carry on with his day to day activity;

Grade Two

(a) An increase in the level of incapacity suffered by the applicant when compared to the profile of a grade three recipient of Thalidomide Incapacity Allowance with particular regard to the prerequisites outlined in subparagraphs (a), (b), (c) and (d) of the Grade Five profile description;

or

(b) The existence of three major medical conditions or two major medical conditions together with a number of minor medical conditions whose cumulative effect have progressed to the extent that these conditions affect the ability of the Thalidomide victim to cope with his state of incapacity;

or

(c) The severity of the cumulative effect of the Thalidomide related disabilities has reached such a level so as to significantly incapacitate the applicant without specific regard to the number of medical conditions in circumstances where the applicant is approaching a position of being unable to reasonably carry on with his day to day activity and where the Thalidomide victim is approaching the need for institutionalization due to the seriousness of his incapacity.

Grade One

(a) An increase in the level of incapacity suffered by the applicant when compared to the profile of a Grade Two recipient of Thalidomide Incapacity Allowance, with particular regard to the prerequisites outlined in subparagraphs (a), (b), (c) and (d) of the Grade Five profile description;

or

(b) The severity of the cumulative effect of the Thalidomide related disabilities has reached such a level so as to significantly incapacitate the applicant without specific regard to the number of medical conditions in circumstances where the applicant is unable to cope with his day to day activity or in circumstances where the applicant is institutionalized due to the seriousness of his incapacity;

Determining Factors in Evaluating Thalidomide Incapacity Allowance Applications

In determining whether the incapacity suffered by the Thalidomide victim is sufficient to merit entitlement, account will be taken of the extent to which the Thalidomide related disability has:

(a) left the Thalidomide victim in a helpless condition;

(b) left the Thalidomide victim in pain and discomfort;

(c) resulted in loss of enjoyment of life;

(d) shortened his life expectancy.

(e) resulted in psychological complications;

(f) affected the Thalidomide victim's ability to obtain employment or has resulted in a loss of economic self sufficiency;

(g) has resulted in anatomical loss;

(h) has created a loss of independence;

(i) has produced difficulties in social or family relationships;

(j) has created disfigurement;

(k) has resulted in a loss of dignity;

(l) has resulted in an unusual burden on other family members;

(m) has created a loss of physical function;

(n) has produced unusual tension associated with severe disability, arising from fear of additional disability, inabililty to cope, rejection by society, employer or acquaintances and/or untimely death;

(o) has resulted in a combination of one or more disabilities, the total incapacity of which would be greater than the sum of the individual disabilities, i.e. synergistic or totality effect of combined disabililties;

It is to be noted that these criteria are not, however, to be read as restricting the general requirement that Thalidomide Incapacity Allowance is to be determined by whatever criteria are relevant. In effect, account must be taken of the matters mentioned along with other relevant factors in determining whether an Incapacity Allowance shall be paid.

APPENDICE «HESO-1»

The War Amputations of Canada
Les Amputés de guerre du Canada

Thalidomide Task Force / Groupe de travail sur la thalidomide

Document soumis au :	Comité permanent de Santé et Bien-être social, Affaires sociales, Troisième âge et Condition féminine
Objet :	Indemnisation des victimes canadiennes de la thalidomide
Soumis par :	H. Clifford Chadderton, OC, OStJ, DCL Président du Groupe de travail sur la thalidomide
Date :	Le 13 décembre 1990

National Headquarters (613) 731-3821 Siège Social
2827 Riverside Drive, Ottawa, Ontario K1V 0C4

Chantable Registration Number 0286831 09
No d'enregistrement de donation 0286831 09

Légende

1960 : Le gouvernement canadien approuve la vente de la thalidomide au Canada (alors que le gouvernement américain refuse d'accorder un permis à la compagnie pharmaceutique en se fondant sur les mêmes données).

1961-1962 : Le gouvernement canadien ne retire le médicament du marché que trois mois après que celui-ci ait été interdit à l'échelle internationale.

Juin 1987 : L'Association des Amputés de guerre du Canada met sur pied le Groupe de travail sur la thalidomide.

14 février 1989 : Le Groupe de travail présente un rapport en trois volumes au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Perrin Beatty, en vue d'obtenir du gouvernement fédéral l'indemnisation des victimes canadiennes de la thalidomide.

22 septembre 1989 : Le Groupe de travail soumet un document de 22 pages au Comité des droits de la personne, à Genève, accusant le Canada de violation des droits de la personne.

1963 - 1990 : Au Canada, environ 75 victimes attendent que le gouvernement remplisse la promesse faite en 1963 par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque, qui avait déclaré : «Il est de notre devoir d'assurer...que leurs besoins soient satisfaits de la façon la plus complète».

La proposition du gouvernement

Le 13 février 1990, Perrin Beatty fait une «proposition» financière s'élevant à 7,5 millions de dollars répartis à parts égales, quelle que soit la gravité du handicap.

Contre-proposition

Notre groupe d'étude composé d'actuaires, d'experts juridiques et médicaux, de victimes et de leurs familles, mis sur pied par le Groupe de travail, présente une contre-proposition le 18 avril 1990.

La contre-proposition suggère le paiement d'une indemnité forfaitaire permettant d'accorder aux victimes des versements mensuels proportionnels au degré de handicap.

De plus, le Groupe de travail suggère l'établissement d'un fonds en fiducie de 2 millions de dollars qui permettrait de répondre aux besoins spéciaux des victimes. (Nous reportons à plus tard cette proposition.)

A la suite de discussions tenues en octobre 1990 avec des représentants du gouvernement, et compte tenu de la politique d'austérité fiscale due au ralentissement économique et aux récents événements internationaux, le Groupe de travail soumet une nouvelle proposition.

Au lieu d'accorder une indemnité sous forme de montant forfaitaire, le gouvernement verserait directement aux victimes de la thalidomide une rente mensuelle, qui s'élèverait approximativement à 850 $ pour la victime moyenne.

Le montant requis pour répondre aux besoins actuels et futurs des victimes de la thalidomide, calculé d'après un versement moyen de 850 $ pour 75 victimes, serait de 765 000 $ au cours de la première année.

Observations du groupe d'étude

1. Selon nous, le montant de 7.5 millions de dollars proposé ne constitue pas une indemnisation suffisante eu égard à la responsabilité du gouvernement fédéral. Le rapport du Groupe de travail citait des exemples de règlements individuels en cour dans des cas similaires. Les compensations accordées variaient de 1.6 à 6 millions de dollars, selon la gravité de handicap.

2. Lorsque l'on répartit ce montant en versements mensuels sur la durée de vie prévue des victimes de la thalidomide, la proposition de monsieur Beatty est nettement insuffisante. L'étude actuarielle réalisée par W. Mercer Ltd., d'après les hypothèses du rapport, prouve que le montant proposé par monsieur Beatty équivaut en fait à des versements mensuels de 395 $.

3. Les critères d'invalidité des victimes de la thalidomide, établis par le Groupe de travail à la demande de représentants du ministère de la Santé national et du Bien-être social et soumis à ces mêmes personnes le 18 janvier 1990 offrent une façon raisonnable de répartir l'indemnisation selon le degré d'invalidité de chaque victime de la thalidomide. (Voir LES

CRITÈRES D'INVALIDITÉ PROPOSÉS ci-dessous et l'Annexe A - Allocation pour soins accordée aux victimes de la thalidomide et Allocation d'incapacité accordée aux victimes de la thalidomide.)

4. Selon l'opinion d'un expert en droit obtenue par le Groupe de travail, la répartition proposée par monsieur Beatty (qu'il y ait un même règlement pour chaque victime, indépendamment du degré de handicap) va à l'encontre de la Charte des droits et libertés.

Indemnités versées aux victimes

Une déclaration du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social laisse entendre que le montant de l'indemnisation octroyée par le gouvernement fédéral doit tenir compte des indemnités versées par les compagnies pharmaceutiques. A cet égard, il importe de souligner :

a) que la comparaison des indemnisations versées à différentes victimes au Canada a révélé de graves injustices;

b) qu'au fil des ans, l'inflation a considérablement diminué la valeur actuelle de ces indemnités;

c) que l'on ne pourra jamais connaître tous les détails relatifs à ces règlements, étant donné que l'entente à l'amiable en interdisait la divulgation;

d) que les frais juridiques reliés aux poursuites intentées contre les compagnies pharmaceutiques ont été déduits des indemnisations versées et qu'il est pratiquement impossible de retracer ces coûts;

e) qu'un certain nombre de victimes de la thalidomide n'ont reçu aucune compensation des compagnies pharmaceutiques.

Compte tenu de ce qui précède, il nous semble déraisonnable que le gouvernement tienne compte des sommes versées par les compagnies pharmaceutiques pour établir le montant de son indemnisation.

CRITÈRES D'INVALIDITÉ - VICTIMES DE LA THALIDOMIDE

On lira, ci-après, les critères d'invalidité proposés et présentés au ministère de la Santé et du Bien-être social en janvier 1990.

Tableau de critères d'invalidité

Niveau 1 :	Perte, ou perte de l'usage, des quatre membres, en plus de graves invalidités.
Niveau 2 :	Perte ou, perte de l'usage, des quatre membres.
Niveau 3 :	Perte ou, perte de l'usage, des membres supérieurs, en plus d'une invalidité.
Niveau 4 :	Perte, ou perte de l'usage, des membres inférieurs, en plus d'une invalidité.
Niveau 5 :	Perte, ou perte de l'usage, des membres supérieurs.
Niveau 6 :	Perte, ou perte de l'usage, des membres inférieurs.
Niveau 7 :	Perte d'un membre supérieur, en plus d'une invalidité.
Niveau 8 :	Perte d'un membre inférieur, en plus d'une invalidité.
Niveau 9 :	Perte d'un membre supérieur.
Niveau 10:	Perte d'un membre inférieur.

Notes relatives aux critères d'invalidité :

1. Ces critères devraient former le premier palier, en déterminant l'étendue de l'invalidité. La victime serait alors classée dans l'une des catégories qui précèdent et, s'il existe des invalidités additionnelles que l'on peut démontrer sous forme d'Allocation pour soins ou d'incapacité versée aux victimes de la thalidomide, on envisagerait alors des «points» additionnels aux termes des structures établies.

2. On fixerait un taux de base pour chacun des niveaux d'évaluation des critères d'invalidité.

Tableau des taux de base

Niveau 1	=	1 000 $ par mois
Niveau 2	=	900 $ par mois
Niveau 3	=	800 $ par mois
Niveau 4	=	700 $ par mois
Niveau 5	=	600 $ par mois
Niveau 6	=	500 $ par mois
Niveau 7	=	400 $ par mois
Niveau 8	=	300 $ par mois
Niveau 9	=	200 $ par mois
Niveau 10	=	100 $ par mois

3. Les victimes dont les invalidités sont attribuables à la thalidomide, et qui n'ont pas perdu l'usage des membres, pourraient être classées d'après le principe général qui évalue la perte de capacité physique; la victime de la thalidomide se verrait alors désignée dans l'une des catégories de 1 à 10.

4. Le taux établi, auquel il est question à la note numéro 2, serait indexé annuellement d'après l'indice des prix à la consommation (IPC), afin de protéger le bénéficiaire contre l'inflation.

5. En plus du taux de base, chaque victime peut se voir octroyer l'Allocation pour soins et l'Allocation d'incapacité, versées d'après les niveaux de 1 à 5 pour chacune des allocations, le niveau 1 étant le plus élevé.

Les taux de base seraient d'abord fixés à 500 $ par mois, pour ensuite être diminués par tranches de 100 $. Les taux de l'Allocation pour soins et de l'Allocation d'incapacité versées aux victimes de la thalidomide seraient indexés de la même manière que le taux de base, toujours d'après l'IPC.

Le tableau qui suit sert de guide et s'applique aussi à l'Allocation pour soins, ainsi qu'à l'Allocation d'incapacité, versées aux victimes de la thalidomide.

Tableau des allocations

Niveau 1	=	500 $
Niveau 2	=	400 $
Niveau 3	=	300 $
Niveau 4	=	200 $
Niveau 5	=	100 $

6. Toutes les prestations seraient exemptes d'impôt.

7. Un comité comprenant deux agents du ministère de la Santé et du Bien-être social se chargerait des décisions initiales de l'évaluation relative à la catégorie, à l'Allocation pour soins et à l'Allocation d'incapacité accordées aux victimes de la thalidomide.

8. Les paiements seraient effectués par chèques mensuels, de la même manière que l'on remet les chèques de la Sécurité de la vieillesse.

Réponse du ministère

Dans le cadre d'entrevues accordées aux médias et de lettres envoyées aux parents, le ministre a fait certaines déclarations, qui nous ont été faciles de réfuter.

1. Le ministre a déclaré que le gouvernement a offert son appui sous forme de services de réadaptation, de consultation et autres services aux victimes de la thalidomide et à leurs familles. L'Association canadienne des victimes de la thalidomide nous a fait savoir que seule une partie minime des efforts du gouvernement a pu soulager les victimes.

2. Le ministre a déclaré que le gouvernement a aidé «un certain nombre de familles» en leur offrant «tout l'appui nécessaire» pour soumettre leur demande d'indemnisation aux compagnies pharmaceutiques qui ont fabriqué de la thalidomide. Les familles des victimes ont déclaré que cette aide était minime, c'est ce qui a d'ailleurs été confirmé publiquement par l'un des principaux avocats participant aux réclamations, maître Donald Traci de Cleveland, Ohio.

3. Le ministre a déclaré que les victimes ont reçu une indemnité équitable et appropriée de la compagnie pharmaceutique. Cependant dans chacun des cas que nous avons examinés, les montants sont dérisoires en vertu des standards d'aujourd'hui et ne tiennent pas suffisamment compte de l'inflation. Celle-ci a réduit considérément la valeur réelle des indemnités.

Options

Quelques options s'offrent actuellement à notre Groupe de travail et aux victimes :

1. Nous pouvons poursuivre notre action auprès du Comité des Nations unies sur les droits de la personne. Nous regrettons toutefois d'en être réduits à embarrasser notre propre pays devant le Comité des droits de la personne pour son inaction face aux besoins des victimes de la thalidomide.

2. Nous avons demandé au Premier ministre de tenir une commission parlementaire où l'on pourra discuter ouvertement de cette question. Voilà qui donnera aux députés l'occasion de participer au débat.

3. Nous avons l'intention d'intenter une action au nom des victimes devant la Cour fédérale du Canada, conformément à la Charte des droits, au cas où le ministre donne suite à sa proposition d'accorder des indemnités égales aux victimes, sans tenir compte de la gravité de leur handicap.

Paiements à titre gracieux

La proposition soumise par le Groupe de travail sur la thalidomide et l'Association canadienne des victimes de la thalidomide, qui suggère de verser aux victimes de la thalidomide une indemnité selon le degré de handicap ne semble pas contrevenir a la Charte des droits et libertés.

Responsabilité légale et responsabilité morale

Le Groupe de travail et l'Association canadienne des victimes de la thalidomide ont conclu qu'ils n'ont pas de fondements suffisants pour intenter une poursuite en responsabilité légale contre le gouvernement canadien.

Les extraits qui suivent sont tirés du rapport du Groupe de travail sur la thalidomide et établissent la distinction entre responsabilité légale et responsabilité morale :

> «Il est évident [...] que les victimes de la thalidomide au Canada n'ont pas de recours légal contre le gouvernement canadien.
> (Page 144)

«Le fait même que le ministre de la Santé national et du Bien-être social, en parlant au nom du gouvernement fédéral, était prêt à dépenser des fonds fédéraux dans un domaine qui normalement relève du mandat provincial, doit être interprété clairement: le gouvernement fédéral reconnaissait sa responsabilité en la matière. (Page 96)

«Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de l'époque, l'honorable J. Waldo Monteith, déclarait: "Il est de notre devoir d'assurer à ces victimes (de la thalidomide) les meilleurs soins possible et de satisfaire leurs besoins de la façon la plus complète qui soit."» (Page 114)

Effet possible des paiements extraordinaires sur les autres sources d'aide gouvernementale

Il se peut que certaines victimes de la thalidomide reçoivent actuellement des prestations d'assistance sociale ou d'autres paiements des administrations provinciales ou municipales.

Il est en plus possible que tout paiement versé par le gouvernement fédéral sous forme «d'aide extraordinaire» entraîne une diminution du montant de ces prestations.

Le Groupe de travail sur la thalidomide et l'Association canadienne des victimes de la thalidomide sont d'avis que le gouvernement fédéral n'a pas à se préoccuper de cette question.

Si les sommes versées par le gouvernement fédéral entraînent une réduction de l'aide financière accordée par les autres paliers de gouvernement, la décision relève uniquement des administrations provinciales ou municipales. Puisque l'Association canadienne des victimes de la thalidomide est habilitée à parler au nom de ses membres (en tant qu'organisme légalement constitué), nous pouvons vous assurer que l'ACVT ne tiendrait pas le gouvernement fédéral responsable d'une diminution des prestations versées par les administrations provinciales ou municipales à la suite de l'indemnisation des victimes de la thalidomide par le gouvernement fédéral.

Indemnités versées par les compagnies pharmaceutiques américaines

En collaboration avec l'Association canadienne des victimes de la thalidomide, le Groupe de travail a effectué un sondage auprès d'un certain nombre de victimes de la thalidomide, membres de l'Association.

Les résultats de ce sondage indiquent que 40 personnes interrogées n'ont reçu aucune indemnité.

Par contre, 38 personnes interrogées (soit les victimes ou les parents répondant en leur nom) ont déclaré avoir reçu une indemnité.

En incluant les 40 personnes qui n'ont reçu aucune aide, nous avons reçu un total de 78 réponses. En utilisant ce chiffre comme dénominateur, nous avons établi que les indemnités versées s'élevaient en moyenne à 70 772 $.

Il est intéressant de souligner que ces chiffres sont semblables à ceux qui nous ont été fournis par Donald Traci, un avocat des États-Unis, qui s'est fondé non seulement sur les dossiers traités par sa firme de l'Ohio mais aussi sur toutes les causes entendues par les tribunaux du New Jersey.

Les victimes canadiennes de la thalidomide, représentées par l'Association canadienne des victimes de la thalidomide, soutiennent que le montant de l'indemnisation octroyée par le gouvernement canadien ne devrait aucunement tenir compte des sommes versées par les compagnies pharmaceutiques.

D'après les réponses à notre sondage, nous avons établi la liste des indemnités versées aux victimes par la compagnie pharmaceutique.

Liste des indemnités versées par la compagnie pharmaceutique

A = Nombre de victimes

B = Indemnité reçue

A	B	A	B	A	B
1 -	7 500 $	1 -	65 000 $	1 -	250 000 $
6 -	10 000	2 -	100 000	1 -	320 000
1 -	23 750	2 -	130 000	1 -	330 000
1 -	30 000	1 -	150 000	1 -	338 000
2 -	32 000	1 -	152 000	1 -	375 000
1 -	40 000	1 -	175 000	1 -	400 000
1 -	45 000	3 -	200 000	2 -	450 000
1 -	50 000	1 -	205 000	1 -	480 000

De plus, trois des victimes n'ont pas spécifié les montants reçus de la compagnie pharmaceutique.

Modalités de paiement

Nous soutenons que des versements mensuels fondés sur les critères d'invalidité des victimes de la thalidomide constituent la seule façon raisonnable de distribuer l'aide financière du gouvernement fédéral. Pour ce qui est du montant de l'indemnisation, les renseignements fournis dans le rapport du Groupe de travail demeurent pertinents.

La victime moyenne recevrait environ 850 $ par mois.

Tenant compte des restrictions fiscales imposées au gouvernement par la récession et les récentes dépenses reliées à la défense, le Groupe de travail recommande au gouvernement de répondre aux besoins actuels et futurs des victimes de la thalidomide en leur accordant directement des versements mensuels.

Pour le gouvernement, le coût de cette proposition, calculé d'après une mensualité moyenne de 850 $ pour 75 victimes, serait de 765 000 $ au cours de la première année.

Compte tenu de l'inflation, calculée d'après l'indice des prix à la consommation (IPC), et des «imprévus», le coût de 765 000 $ pour la première année augmenterait à environ 1 million de dollars au cours des quatre premières années du programme.

Conclusion

Au nom de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide et du Groupe de travail sur la thalidomide, j'aimerais remercier le Comité permanent de nous avoir donné cette occasion de défendre notre proposition, fondée sur le rapport du Groupe de travail soumis au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social le 14 février 1989.

C'est avec plaisir que nous vous fournirons tout autre renseignement auquel vous pourriez avoir besoin.

En terminant, j'aimerais mentionner que les discussions que nous poursuivons actuellement avec les représentants du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social semblent évoluer de façon satisfaisante pour notre groupe.

Merci de nous avoir entendus.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

H. Clifford Chadderton, OC, OStJ, DCL
Président du Groupe de travail sur la thalidomide

APPENDIX A

ALLOCATION POUR SOINS ACCORDÉE AUX VICTIMES DE LA THALIDOMIDE

Décisions rendues sur les réclamations d'Allocation pour soins accordée aux victimes de la thalidomide

1. Le Comité de décisions sur la thalidomide se basera comme il suit lorsqu'il évaluera les réclamations d'Allocation pour soins accordée aux victimes de la thalidomide.

(a) Le Comité de décisions sur la thalidomide déterminera le niveau d'une Allocation pour soins, accordée aux victimes de la thalidomide, d'après la connaissance des faits se rapportant aux besoins de soins de la dite victime;

(b) On évaluera la nécessité des soins d'après cinq niveaux d'admissibilité tels que décrits aux termes des Directives;

(c) On tiendra compte de trois facteurs principaux lors de l'évaluation des réclamations individuelles d'Allocation pour soins accordée aux victimes de la thalidomide, à savoir:

(i) Activités journalières - le Comité de décisions sur la thalidomide tiendra compte des capacités d'une victime qui doit se mesurer aux activités journalières outre ses besoins d'aide ou de surveillance au niveau desdites activités qui comprennent ce qui suit:

- se nourrir
- se vêtir
- se laver
- se raser
- voir aux besoins naturels
- ajuster les appareils
- toute autre activité reliée à la vie de tous les jours

(ii) Mobilité - le Comité de décisions sur la thalidomide tiendra compte des besoins de soins de la victime relativement à ses problèmes de mobilité;

(iii) Surveillance - le Comité de décisions sur la thalidomide tiendra compte des besoins de surveillance de la victime pour se mesurer à ses activités journalières;

(d) Les trois facteurs, à savoir (i) activités journalières, (ii) mobilité et (iii) surveillance, entreront en ligne de compte pour chacun des cinq niveaux de l'Allocation pour soins accordée aux victimes de la thalidomide, d'après les besoins pertinents à chaque facteur;

(e) On doit tenir compte de ces trois facteurs et de leur interaction les uns avec les autres, n'oubliant pas que le besoin de soins qui découle d'un de ces facteurs peut accroître le besoin d'aide qui découle des autres facteurs. En d'autres termes, lesdits facteurs pris dans leur ensemble peuvent avoir un effet synergique sur le besoin de soins d'une victime de la thalidomide. Cependant, si l'un des facteurs prime suffisamment sur les autres pour rendre une victime de la thalidomide admissible à l'octroi ou à l'augmentation d'une telle Allocation, ladite Allocation sera alors accordée ou majorée;

(f) Le Comité de décisions sur la thalidomide tiendra compte des normes qui précèdent lors de l'évaluation des niveaux à accorder, relativement à l'Allocation d'incapacité des victimes de la thalidomide, et devra se référer à la terminologie qui suit:

(i) soins dans tous les domaines;
(ii) surveillance ou aide significative;
(iii) surveillance ou aide quotidienne intermittente;
(iv) surveillance minimale;
(v) surveillance ou aide occasionnelle.

Détermination des niveaux de classement de l'Allocation pour soins accordée aux victimes de la thalidomide

Niveau I

La victime de la thalidomide a besoin de soins dans tous les domaines;

Niveau II

La victime de la thalidomide a besoin de surveillance ou d'aide significative (soit personnelle ou mécanique) pour s'aquitter de toutes les activités journalières;

Niveau III

La victime de la thalidomide a besoin de surveillance ou d'aide intermittente pour s'acquitter de certaines activités journalières;

Niveau IV

La victime de la thalidomide a besoin de surveillance ou d'aide minimale, à chaque jour, pour voir à ses activités de la vie courante. La victime est toutefois autonome à son domicile, et peut demeurer seule assez longtemps, soit pour la nuit ou durant la journée;

Niveau V

La victime de la thalidomide a besoin d'aide ou de surveillance occasionnelle pour s'acquitter de ses activités journalières.

ALLOCATION D'INCAPACITÉ ACCORDÉE AUX VICTIMES DE LA THALIDOMIDE

Détermination des niveaux de classement de l'Allocation d'incapacité accordée aux victimes de la thalidomide

1. Les directives demanderont au Comité de décisions sur la thalidomide de tenir compte de chaque réclamation en comparant la gravité de l'incapacité dont le requérant est atteint aux normes définies par chacun des niveaux énoncés ci-après. Dans un tel contexte, le Comité de décisions sur la thalidomide devra adopter un nouveau procédé afin de donner aux décisions rendues une uniformité équitable.

2. Nonobstant la mise en vigueur de directives qui se réfèrent aux divers niveaux d'évaluation pour l'octroi de l'Allocation d'incapacité accordée aux victimes de la thalidomide, le Comité de décisions devra étudier chaque réclamation d'après ses propres données puisque les réclamations en question, prises individuellement, comprennent aussi une multitude d'incapacités donnant lieu à d'autres invalidités qui en découlent directement.

3. Lorsqu'on détermine les niveaux d'évaluation pour l'octroi de l'Allocation d'incapacité accordée aux victimes de la thalidomide lors des réclamations individuelles, on peut y inclure les preuves et documents non médicaux outre les preuves et documents d'ordre médical.

4. Le concept de l'Allocation d'incapacité accordée aux victimes de la thalidomide provient d'une adaptation du principe de l'Allocation d'incapacité exceptionnelle, aux termes de l'Article 57 de la Loi sur les pensions du Canada, applicable aux anciens combattants du Canada. Le principe de l'Allocation d'incapacité exceptionnelle, conformément à la législation des pensions aux anciens combattants, a été mis au point au cours des années, par la Commission canadienne des pensions de concert avec les principaux organismes d'anciens combattants, en particulier les Amputés de guerre du Canada. Pour évaluer les réclamations individuelles de l'Allocation d'incapacité exceptionnelle, la Commission canadienne des pensions emploie le mode actuel des niveaux d'évaluation qui sont le résultat d'un développement exhaustif du principe de l'Allocation d'incapacité exceptionnelle, suite à nombre de décisions d'interprétation rendues par le Conseil de révision des pensions et la Cour fédérale d'appel. En outre, lesdits niveaux d'évaluation reflètent les recommandations émises suite à la parution d'un rapport d'un Comité judiciaire spécial, mis sur pied en 1984 sous la présidence du Juge René Marin, pour étudier les procédures, conformément à la Loi sur les pensions. On doit préciser que le principe de l'Allocation d'incapacité exceptionnelle, tel qu'on l'applique aux termes de la Loi sur les pensions du Canada au profit des anciens combattants handicapés, s'avère un mode approprié d'effectuer l'étude des réclamations individuelles des victimes canadiennes de la thalidomide afin d'obtenir l'Allocation d'incapacité versée auxdites victimes.

Reliées à ce qui précède, les données suivantes présentent une vue générale de chaque niveau d'évaluation de l'Allocation d'incapacité versée aux victimes de la thalidomide:

Niveau cinq

(a) Incapacité consécutive au degré d'impuissance, à la perte de jouissance de la vie, à l'ampleur de la douleur ou des malaises, à l'espérance de vie diminuée, aux complications psychologiques ou aux facteurs analogues dont tient compte l'Allocation d'incapacité versée aux victimes de la thalidomide, lorsque de tels facteurs diminuent la capacité du requérant de se mesurer à ses infirmités reliées à la thalidomide;

ou

(b) Incapacité provenant d'une détérioration du train de vie du requérant, en général, et qui affecte négativement la victime de la thalidomide sur le plan social, psychologique ou familial;

ou

(c) Incapacité relative à la relation entre les invalidités attribuées à la thalidomide et qui produisent un effet de synergie sur la capacité de la victime de la thalidomide de vivre son état d'invalidité en général;

ou

(d) Lorsqu'il y a des preuves ou des circonstances démontrant que le requérant commence à éprouver des difficultés pour s'acquitter de ses activités journalières.

Niveau quatre

(a) Une augmentation du degré d'incapacité qui affecte le requérant lorsque comparé à l'état du bénéficiaire de l'Allocation d'incapacité de niveau cinq versée aux victimes de la thalidomide, tenant particulièrement compte des prérequis tels que stipulés aux sous-alinéas (a), (b), (c) et (d) et décrits au niveau cinq;

ou

(b) L'apparition d'un état pathologique grave, (exemple, perte d'un membre en tout ou en partie; perte fonctionnelle ou affaiblissement grave d'un membre, etc.) ou certains troubles pathologiques mineurs dont les effets accumulés ont progressé au point d'affecter la capacité de la victime de la thalidomide de se mesurer à ses incapacités.

Niveau trois

(a) Une augmentation du degré d'incapacité qui affecte le requérant lorsque comparé au bénéficiaire de l'Allocation d'incapacité de niveau quatre versée aux victimes de la thalidomide, tenant particulièrement compte des prérequis tels que stipulés aux sous-alinéas (a), (b), (c) et (d) décrits au niveau cinq;

ou

(b) L'apparition de deux états pathologiques graves ou d'un état pathologique grave et de plusieurs troubles d'ordre médical, de moindre importance, dont les effets accumulés ont progressé au point d'affecter la capacité de la victime de la thalidomide de se mesurer à ses infirmités dans leur ensemble;

ou

(c) La gravité des effets accumulés des incapacités reliées à la thalidomide s'est accrue au point de rendre le requérant invalide de façon marquée, sans tenir spécifiquement compte du nombre des troubles pathologiques, alors que le requérant devient de moins en moins capable de vaquer raisonnablement à ses activités journalières.

Niveau deux

(a) Une augmentation du degré d'incapacité qui affecte le requérant lorsque comparé à l'état du bénéficiaire de l'Allocation d'incapacité de niveau trois versée aux victimes de la thalidomide, tenant particulièrement compte des prérequis tels que stipulés aux sous-alinéas (a), (b), (c) et (d) et décrits au niveau cinq;

ou

(b) L'apparition de trois états pathologiques ou de deux états pathologiques graves et de plusieurs troubles d'ordre médical, de moindre importance, dont les effets accumulés ont progressé au point d'affecter la capacité de la victime de la thalidomide de se mesurer à ses infirmités;

ou

(c) La gravité des effets accumulés des incapacités reliées à la thalidomide a progressé au point de rendre le requérant invalide de façon marquée, sans tenir nécessairement compte du nombre des affections pathologiques, alors que le requérant devient à peu près incapable de voir à ses besoins de tous les jours, et lorsque la victime de la thalidomide s'achemine vers un foyer spécialisé, en raison de la gravité de son état.

Niveau un

(a) Une augmentation du degré d'incapacité qui affecte le requérant lorsque comparé à l'état du bénéficiaire de l'Allocation d'incapacité de niveau deux versée aux victimes de la thalidomide, tenant particulièrement compte des prérequis tels que stipulés aux sous-alinéas (a), (b), (c) et (d) et décrits au niveau cinq;

ou

(b) La gravité des effets accumulés des incapacités reliées à la thalidomide a empiré au point de rendre le requérant invalide de plus en plus, sans tenir spécifiquement compte du nombre des troubles pathologiques. alors que le requérant est incapable de voir à ses besoins de tous les jours, ou lorsque le requérant est placé dans un foyer spécialisé, en raison de la gravité de son état.

Facteurs déterminants dans l'évaluation des réclamations d'Allocation d'incapacité versée aux victimes de la thalidomide

Lorsqu'on détermine si l'incapacité dont la victime de la thalidomide est affectée la rend admissible ou non à l'allocation, on doit tenir compte de la gravité de l'incapacité reliée à la thalidomide qui a:

(a) laissé la victime dans un état d'impotence;

(b) occasionné des douleurs et malaises continus;

(c) entraîné une perte de jouissance de la vie;

(d) diminué son espérance de vie;

(e) donné lieu à des complications d'ordre psychologique;

(f) affecté la capacité de la victime de trouver un emploi ou l'a empêché de voir à ses besoins financiers;

(g) entraîné une perte anatomique;

(h) donné lieu à une perte d'autonomie;

(i) suscité des difficultés au niveau des relations sociales ou familiales;

(j) produit un défigurement;

(k) donné lieu à une perte de dignité;

(l) entraîné un fardeau hors de l'ordinaire pour les autres membres de la famille;

(m) suscité une perte physique fonctionnelle;

(n) produit une tension inhabituelle reliée à une incapacité grave provoquée par la peur d'une invalidité accrue, à l'incapacité de se mesurer à la vie courante, au rejet de la société,de l'employeur ou des connaissances et/ou au décès prématuré;

(o) occasionné l'association d'une ou plusieurs incapacités, alors que l'invalidité, dans son ensemble, dépasserait les incapacités prises individuellement, i.e. effet synergique ou total des incapacités combinées.

On doit noter que ces critères ne seront toutefois pas interprétés dans le but de restreindre la norme générale, à savoir que l'Allocation d'incapacité accordée aux victimes de la thalidomide doit être déterminée d'après les critères qui y sont pertinents. En fait, on doit tenir compte des données et autres facteurs pertinents, lorsqu'on détermine si, oui ou non, on accordera, à la victime de la thalidomide, l'Allocation d'incapacité susmentionnée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid Port payé
Lettermail Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Thalidomide Task Force:

H. Clifford Chadderton, Chairman;

Marlène Girard, Quebec Services Coordinator;

Dr. Claude Murphy, Member of the Study Group.

From the Thalidomide Victims Association of Canada:

Randolph R. Warren, President;

Marie Olney, Member of the Board of Directors.

From the Thalidomide Task Force and the Thalidomide Victims Association of Canada:

Brian N. Forbes, Legal Counsel;

David Saunders, Financial Adviser.

TÉMOINS

Du Groupe de travail sur la thalidomide:

H. Clifford Chadderton, président;

Marlène Girard, agent de liaison du Québec;

Claude Murphy, membre du groupe d'étude.

De l'Association canadienne des victimes de la thalidomide:

Randolph R. Warren, président;

Marie Olney, membre du conseil d'administration.

Du Groupe de travail sur la thalidomide et de l'Association canadienne des victimes de la thalidomide:

Brian N. Forbes, conseiller juridique;

David Saunders, conseiller financier.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Government Publications

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 51

Monday, January 21, 1991

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 51

Le lundi 21 janvier 1991

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of compensation for Canada's thalidomide victims

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude de l'indemnisation des victimes canadiennes de la thalidomide

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

LIBRARY
University of Toronto

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90-91

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990-1991

35333

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman:

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–président:

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, JANUARY 21, 1991
(61)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 10:07 o'clock a.m. this day, in Room 371 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Joan Vance, Research Officer.

Witnesses: *From the Department of National Health and Welfare*: Richard Dicerni, Senior Assistant Deputy Minister; Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Greg Smith, Director, Management Processes, Health Protection Branch.

John Cole moved,—That the sitting be suspended at 11:00 o'clock a.m. until 12:30 o'clock p.m. today, if the meeting has not been previously adjourned; that the meeting scheduled for 2:00 o'clock p.m. this afternoon be delayed until 3:00 o'clock p.m. and that the meeting scheduled for 4:00 o'clock p.m. today be delayed until 4:30 o'clock p.m. today.

The question being put on the motion, it was agreed to unanimously.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of compensation for Canada's thalidomide victims.

The witnesses answered questions.

At 10:58 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 21 JANVIER 1991
(61)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 10 h 07, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présente: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Joan Vance, attachée de recherche.

Témoins: *Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social*: Richard Dicerni, sous-ministre adjoint principal; A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; Greg Smith, directeur, Processus de gestion, Direction générale de la protection de la santé.

John Cole propose,—Que la séance soit supendue à 11 heures (au plus tard) jusqu'à 12 h 30; que la réunion prévue à 14 heures cet après-midi soit reportée à 15 heures, et que celle de 16 heures ne débute qu'à 16 h 30.

La motion est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit son examen de l'indemnisation des victimes de la thalidomide.

Les témoins répondent aux questions.

À 10 h 58, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Monday, January 21, 1991

• 1008

The Chairman: Order.

We have a quorum, and pursuant to Standing Order 108.(2), the committee is resuming consideration of the compensation for Canada's thalidomide victims.

This morning we have the pleasure to welcome, from Health and Welfare Canada, Mr. Richard Dicerni, Senior Assistant Deputy Minister, and Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch.

Before we get into this, I shall recognize Dr. Cole.

Mr. Cole (York—Simcoe): I would just like to say at the outset that I realize that we have officials here today and a lot of witnesses. When we arranged these meetings, obviously we did not expect the circumstances globally to be the way they are. There are a couple of things we might be able to suggest to accommodate some of us who have other commitments today. I would like to suggest that we at least suspend the sitting at 11 a.m., because I know that some of us have caucus commitments for briefings then, and I would suggest the same thing at 2 p.m. this afternoon because of Question Period.

• 1010

I realize this is going to be some inconvenience to the witnesses, but I am sure they would all understand. If we suspend at 11 a.m. until the call of the chair, if we do not complete the questioning this morning, we could come back here at 12.30 p.m. or 1 p.m., to complete what had to be done, and then start the afternoon session at 3 p.m. for an hour and a half, which would take us through till 4.30 p.m., and then have the 4 p.m. witness start at 4.30 p.m., which would take us through till 6 p.m. I think that would accommodate people.

Mrs. Clancy (Halifax): I just want to say that I have no problem with sitting later this evening. I know we have all been doing late nights for a week, but I certainly would agree with John's recommendation on whatever we can do, realizing that we have witnesses here and we want to hear them. If you want to call us back after your caucus, that is fine with me.

Mr. Karpoff (Surrey North): We have already had one caucus meeting this morning and may have another called, but breaking for Question Period. I would be quite agreeable to the suggestion John has made if we try to adjourn at 11 a.m. and not sit through Question Period.

The Chairman: Witnesses, would you be available if we can come back some time? I guess we are having problems with this. What do you think, 12 noon?

Mr. Cole: I would like to suggest that the witnesses as well as the members be available at the call of the chair.

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le lundi 21 janvier 1991

Le président: À l'ordre.

Nous avons le quorum et, conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le comité reprend l'étude de la question de l'indemnisation des victimes de la thalidomide au Canada.

Ce matin, nous avons eu le plaisir d'accueillir M. Richard Dicerni, sous-ministre adjoint principal et le Dr A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé de Santé nationale et du Bien-être social Canada.

Avant d'aller plus loin, je vais donner la parole à M. Cole.

M. Cole (York—Simcoe): Je me rends compte qu'il y a beaucoup de fonctionnaires et beaucoup de témoins aujourd'hui. Lorsque nous avons organisé ces séances, nous ne nous attendions pas à ce que la situation mondiale soit ce qu'elle est. Je voudrais faire une ou deux suggestions susceptibles d'arranger les personnes qui ont d'autres engagements aujourd'hui. Je suggère de suspendre la séance à 11 heures du matin, parce que certains d'entre nous doivent aller assister à des séances d'information de leur caucus, et de la suspendre à nouveau à 14 heures pour la période des questions.

Je sais bien que ce ne sera pas agréable pour les témoins, mais je suis sûr qu'ils comprendront tous la situation. Si nous suspendons la séance à 11 heures, jusqu'à ce qu'elle soit levée et si nous n'arrivons pas à finir les questions ce matin, nous pourrions revenir à 12h30 ou à 13 heures, pour terminer, puis commencer la séance de l'après-midi à 15 heures; celle-ci durerait une heure et demie, ce qui nous mènerait à 16h30; nous pourrions demander au témoin qui devait comparaître à 16 heures de commencer à 16h30, ce qui nous mènerait jusqu'à 18 heures. Je pense que cette solution arrangerait les gens.

Mme Clancy (Halifax): Je tiens à signaler que je n'ai absolument aucune objection à ce que l'on siège plus tard ce soir. Je sais que nous travaillons tous tard depuis une semaine, mais je suis d'accord avec John, compte tenu du fait que les témoins sont là et que nous voulons les écouter. Si vous voulez nous rappeler après votre caucus, je suis d'accord.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Nous avons déjà eu une réunion du caucus ce matin et nous pourrions être convoqués à une autre réunion, mais nous ferions une pause pour la période des questions. Je suis bien d'accord d'essayer d'ajourner à 11 heures, comme le suggère John, et de suspendre la séance pour la période des questions.

Le président: Messieurs les témoins, pourriez-vous être là si nous revenons après? Je suppose qu'il y a des problèmes. Qu'en pensez-vous si nous revenions à 12 heures?

M. Cole: Je suggère que les témoins et que les membres du comité reviennent au moment où le président le demandera.

[*Texte*]

The Chairman: I do not know what your scheduling is. Does this create a problem for you people?

Mr. Richard Dicerni (Senior Assistant Deputy Minister, Health and Welfare Canada): I cannot speak for Bert or for Greg, but I could be here from about 12.30 to maybe 1 p.m. or 1.15.

Mrs. Clancy: Well, why do we not get started?

The Chairman: I do not want to delay this any further and lose some more time, but if we can—

Mr. Cole: Call a vote on the recommendation, if you please, Mr. Chairman.

Recommendation agreed to

The Chairman: Thank you very much. We will try to make arrangements as soon as 11 a.m.

Mr. Cole: Unanimously.

The Chairman: Unanimously.

Mrs. Clancy: And maybe the last time, guys.

The Chairman: We do apologize. I think none of us realized the situation in regard to picking a free week late in January so we could conclude the hearings of this committee. With that in mind, I do welcome the witnesses before us this morning. I thank you for your appearance and thank you for your consideration and co-operation in helping us to deal with the scheduling we have. I now ask you to make your presentation.

Mr. Dicerni: Thank you, Mr. Chairman. We do not have a presentation per se to make. We have had the opportunity of appearing before this committee and other committees in the past, and one of the things brought to our attention is that members, while they are always interested in listening to public servants, do not appreciate long-winded speeches. So our remarks will be very, very brief, such as under two minutes, and then we will be prepared to answer as many questions as we can.

We are pleased to be here to respond to any questions you may have. We are not bearers of any new decisions by the minister in response to discussions that have been taking place between officials and the task force. The government, as you know, put forward a proposal approximately 11 months ago dealing with this extraordinary circumstance, and we are still reviewing some of the proposals put forth by the association.

• 1015

Mr. Cole: I thank the officials for coming today under the circumstances. I do appreciate it.

Maybe you could give us a quick rundown as to the actions that have taken place or steps that have been taken or have not been taken over the past year. Have you had discussions with the group and, if so, what is the result of those discussions?

I understand that we are aware of 75 thalidomide victims. How many of them are represented by the people whom you have had discussions with?

Mr. Dicerni: I will ask Greg Smith, who has been the primary contact between the association and the department, to provide more information. We have received letters from one solicitor in the province of Quebec, who has informed us that he represents a significant number of people.

[*Traduction*]

Le président: Je ne connais pas votre programme. Cela vous pose-t-il des problèmes?

M. Richard Dicerni (sous-ministre adjoint principal, Santé et Bien-être social Canada): Je ne peux pas parler au nom de Bert ou de Greg, mais je pourrais être là de 12h30 environ jusqu'à 13 heures ou 13h15.

Mme Clancy: Pourquoi ne commençons-nous pas?

Le président: Je ne tiens pas à perdre plus de temps, mais si nous pouvions. . .

M. Cole: Votons sur la recommandation, monsieur le président.

La recommandation est acceptée

Le président: Merci beaucoup. Nous essayerons de suspendre la séance dès 11 heures.

M. Cole: Acceptée à l'unanimité.

Le président: Acceptée à l'unaniminé.

Mme Clancy: C'est peut-être la dernière fois, messieurs.

Le président: Nous vous présentons nos excuses. Nous pensions tous être libres pendant une semaine à la fin de janvier pour pouvoir terminer les audiences du comité. Je souhaite la bienvenue aux témoins qui comparaissent ce matin. Je vous remercie d'être venus et d'avoir accepté de nous aider à modifier le programme. Veuillez maintenant faire votre exposé.

M. Dicerni: Merci, monsieur le président. Nous n'avons pas vraiment d'exposé à faire. Nous avons déjà eu l'occasion de comparaître devant ce comité-ci et devant d'autres, et on nous a fait comprendre que les membres des comités n'aiment pas beaucoup les longs discours, même si cela les intéresse toujours d'écouter des fonctionnaires. Par conséquent, nous serons extrêmement brefs; nous parlerons moins de deux minutes, puis nous serons prêts à répondre au plus grand nombre de questions possible.

Nous somme heureux d'être là pour répondre à vos questions. Nous n'avons pas de nouvelles décisions du ministre à vous communiquer à la suite des entretiens qui ont lieu entre les fonctionnaires et les membres du groupe de travail. Comme vous le savez, le gouvernement a présenté, il y a 11 mois environ, une proposition tenant compte de ces circonstances exceptionnelles, et nous continuons à étudier certaines des recommandations de l'association.

M. Cole: Je remercie les représentants du ministère d'être venus aujourd'hui malgré les événements. J'apprécie cela.

Peut-être pourriez-vous nous décrire rapidement les mesures qui ont été prises ou qui ne l'ont pas été au cours de l'année écoulée. Avez-vous eu des entretiens avec le groupe et, dans l'affirmative, quel est leur résutat?

A notre connaissance il y a, je crois, 75 victimes de la thalidomide. Combien de ces victimes les personnes avec qui vous avez discuté représentent-elles?

M. Dicerni: Je vais demander à Greg Smith, qui est chargé des contacts entre l'association et le ministère, de vous fournir de plus amples renseignements. Nous avons reçu d'un avocat du Québec des lettres nous informant qu'il représentait un nombre important de victimes.

[*Text*]

Mr. Cole: What is a significant number?

Mr. Dicerni: Fifty. The association has also brought forth claims representing all of the—

Mr. Cole: The other 25.

Mr. Dicerni: No. All of the victims. What I am saying is that this is not necessarily mutually exclusive, but those are the two major interventions that we have received.

Mr. Greg Smith ((Director of Management Processes, Health Protection Branch), Department of National Health and Welfare): The most recent meetings we had with the Thalidomide Task Force and the Thalidomide Victims Association were on October 9 and October 15.

The October 9 meeting was between legal counsel for the Thalidomide Task Force and legal counsel for the government. They discussed the legal opinion that the task force had obtained on Charter issues surrounding the government's proposal.

On October 15 we had a general meeting to review where we were with a number of the issues. At that time we received, but did not discuss, the most recent task force proposal for approximately $1 million a year for 30 years or life in assistance payments. We, in turn, asked for information on the number of thalidomide victims receiving social assistance and for more information on the settlements that were paid by the drug companies.

There had been a concern previously that the information on the drug company settlements could not be released because of constraints put on the recipients when the settlements were made. But we did have correspondence from the drug company which relieved individuals of those constraints, in our view. We were anxious to seek some information on that so we could get an assessment of the basis on which to evaluate the government's own proposal and the proposals from the task force. The October 15 meeting was our last one to date.

Mr. Cole: Following up on that, my understanding is that it has been your position that the payment would be equal to all victims. Is that correct?

Mr. Smith: Yes.

• 1020

Mr. Cole: Could you then tell me what purpose and for what reason you would want to know the numbers of individuals who are receiving social assistance if it is your position that everyone is going to be treated on an equal basis, as well as with the drug company settlements? I am finding a conflict between the proposal you have put forth and the information you are asking for.

Mr. Smith: You are right that the information on social assistance recipients and on settlements from the drug company would not make sense in the context of the proposal on the table. We were anxious to receive more complete

[*Translation*]

M. Cole: Qu'entendez-vous par un nombre important?

M. Dicerni: Cinquante. L'association a également présenté des demandes au nom de toutes...

M. Cole: Les 25 personnes restantes.

M. Dicerni: Non, toutes les victimes. L'un n'exclut pas nécessairement l'autre, mais ce sont les deux principales instances que nous avons reçues.

M. Greg Smith (directeur des processus de gestion, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social): Les dernières réunions que nous avons eues avec le Groupe de travail sur la thalidomide et l'Association des victimes de la thalidomide remontent aux 9 et 15 octobre.

La réunion du 9 octobre a eu lieu entre le conseiller juridique du Groupe de travail sur la thalidomide et le conseiller juridique du gouvernement. Ils ont discuté de l'opinion juridique que le groupe de travail avait obtenue à l'égard de la proposition du gouvernement en ce qui touche la Charte.

Le 15 octobre, nous avons tenu une réunion générale pour voir où nous en étions sur plusieurs questions. C'est alors que la dernière proposition du groupe de travail nous a été présentée, mais nous n'en avons pas discuté. Elle propose d'accorder des paiements d'assistance d'environ un million de dollars par an, pendant 30 ans ou la durée de la vie de la victime. En ce qui nous concerne, nous avons demandé des données sur le nombre de victimes de la thalidomide qui touchent des prestations d'assistance sociale ainsi que sur l'indemnisation versée par les compagnies pharmaceutiques.

On craignait que les renseignements sur l'indemnisation accordée par les compagnies pharmaceutiques ne puissent être divulgués en raison des contraintes imposées aux bénéficiaires lors du règlement. Néanmoins, nous avons eu, avec la compagnie pharmaceutique, un échange de lettres qui, à notre avis, libère les intéressés de ces contraintes. Nous tenions à obtenir des renseignements de façon à pouvoir évaluer la proposition du gouvernement et celle du groupe de travail. La réunion du 15 octobre est la dernière que nous ayons eue.

M. Cole: Vous avez ensuite décidé, je crois, que le même paiement serait accordé à toutes les victimes, n'est-ce pas?

M. Smith: Oui.

M. Cole: Si vous voulez accorder la même chose à tout le monde, pourquoi voulez-vous savoir combien de ces personnes touchent l'assistance sociale et à combien se monte l'indemnisation accordée par la compagnie pharmaceutique? Je vois une contradiction entre votre position et les renseignements que vous demandez.

M. Smith: Vous avez raison de dire qu'il est inutile d'obtenir des renseignements sur les bénéficiaires de l'assistance sociale et les dédommagements versés par la compagnie pharmaceutique dans le contexte de notre

[*Texte*]

information on the general circumstances and environment of the thalidomide issue so we could make a fairer assessment of the requests the thalidomide group is making to at least be able to assess those and the government's own proposal with as much information as possible.

The number of thalidomide victims receiving social assistance would give us a sense of the degree of need that existed in that group of people. Similarly, the amount paid by the drug companies in settlements would allow us to clarify information that has been partial in nature, and the numbers we have received have changed from time to time. We do not have any clear sense of what kind of information we are looking at.

Mr. Cole: It is my understanding that the request was that everyone requesting assistance under this program was to file by February 13 of this year. Is that correct?

Mr. Smith: That was the original deadline put forward.

Mr. Cole: Do you not have in your system or files a list of the 75 thalidomide victims—yes or no?

Mr. Smith: We have a list of 75 of them, yes. That is not the total number of thalidomide victims.

Mr. Cole: Are you aware that the organization has sent a letter to, I assume, all the thalidomide victims, asking them to fill out the form and send it to you?

Mr. Smith: We are aware that they have sent that out to those who are members of the association and others who may have registered with them, yes.

Mr. Cole: What happens to those people who may not be registered with this particular organization? That is the reason for my questioning with regard to who was represented.

Mr. Smith: We have received correspondence from roughly 160 to 170 individuals, not all of whom are clearly thalidomide victims. Some were born before the drug was invented. Some were born quite a while after the drug was removed from the market. But those individuals have asked us to send them applications and information on the program. We will do so in order that they can determine for themselves that they may not be eligible. We will be sending information to everybody who has written to us, and that includes members of the Thalidomide Victims Association and people who are not.

Mr. Cole: We do not have an official "register", for lack of a better term, of anyone and everyone who may or may not have been victimized by this.

Mr. Smith: We have a register of 75 surviving thalidomide victims which was prepared by virtue of a national study done in 1963. The register was also used in the early 1970s when the minister wrote to families to tell them about the drug company's interest in settling. That is a partial list. We know, too, that the drug company made settlements with individuals who did not appear on the lists created from that study.

Mr. Cole: But those people would certainly be eligible under this particular program.

[*Traduction*]

proposition. Nous tenions à recevoir des renseignements plus complets sur la situation générale et les circonstances qui entourent le problème de la thalidomide afin de pouvoir évaluer plus équitablement les demandes formulées par l'association ainsi que la proposition du gouvernement.

Le nombre des victimes de la thalidomide qui bénéficient de l'assistance sociale nous donnerait une bonne idée de leurs besoins. D'autre part, le montant des dédommagements versés par la compagnie pharmaceutique nous permettrait de compléter nos données, qui sont seulement partielles. D'autre part, les chiffres que nous avons obtenus ont été modifiés à plusieurs reprises. Nous ne disposons pas de renseignements assez précis.

M. Cole: Si j'ai bien compris, vous avez prié tous ceux qui demandent une aide en vertu de ce programme de le faire avant le 13 février prochain. Est-ce exact?

M. Smith: C'est bien le délai fixé au départ.

M. Cole: N'avez-vous pas dans vos dossiers une liste de 75 victimes de la thalidomide?

M. Smith: Nous avons une liste de 75 victimes, en effet. Mais ce n'est pas le nombre total des victimes de la thalidomide.

M. Cole: Savez-vous que l'association a envoyé une lettre à toutes les victimes en leur demandant de remplir le formulaire et de vous l'envoyer?

M. Smith: Nous savons qu'elle a envoyé cette lettre à ses membres et aux autres personnes qui se sont enregistrées auprès d'elle, en effet.

M. Cole: Qu'adviendra-t-il de ceux qui ne sont pas enregistrés auprès de cet organisme? Voilà pourquoi je vous ai demandé qui était représenté.

M. Smith: Nous avons reçu des lettres d'environ 160 à 170 personnes, qui ne sont pas toutes des victimes de la thalidomide. Certaines sont nées avant que le médicament soit inventé. D'autres sont nées un peu après qu'il soit retiré du marché. Mais ces personnes nous ont demandé de leur faire parvenir des formulaires de demande et des renseignements sur le programme. Nous allons le faire de façon à ce qu'elles puissent établir elles-mêmes qu'elles ne sont pas admissibles. Nous allons envoyer la documentation à tous ceux qui nous ont écrit, y compris aux membres de l'association des victimes de la thalidomide et aux personnes qui n'en font pas partie.

M. Cole: Nous n'avons pas de «registre» officiel, si l'on peut dire, de tous ceux qui ont pu être victimes de ce médicament.

M. Smith: Nous avons un registre de 75 victimes survivantes de la thalidomide, qui a été dressé à la suite d'une étude nationale réalisée en 1963. Au début des années 70, le ministre s'est également servi de ce registre pour écrire aux familles afin de les informer que la compagnie pharmaceutique était prête à les dédommager. Ce n'est qu'une liste partielle. Nous savons également que la compagnie pharmaceutique a indemnisé des personnes qui ne figuraient pas sur les listes établies à partir de cette étude.

M. Cole: Mais ces personnes seraient certainement admissibles à ce programme.

[*Text*]

Mr. Smith: Yes, and many of them have contacted us.

• 1025

Mr. Cole: Do you have a concept of the role this task force is going to play once a settlement has been reached? Or is that beyond your understanding of it?

I understand the dedication of the people involved, and their intent, and we certainly appreciate their efforts, but is this something that is going to be completed when a settlement is made, or is there something they are looking for on a long-term type of process? I understand there are some problems on a long-term process.

Mr. Smith: The role the task force will play and the association actually will certainly be part of whatever final arrangements are made.

Mr. Cole: Can you explain to me the difference between the association and the task force?

Mr. Smith: The Thalidomide Victims Association of Canada is a registered charitable organization established to represent thalidomide victims in Canada. The task force is the creation of War Amputations of Canada and represents thalidomide victims in discussions with the government.

Mr. Cole: They are not one and the same then.

Mr. Smith: No, they are not.

Mr. Cole: Thank you very much. I appreciate that.

Mr. Karpoff: Many of the questions I was going to ask have already been covered but there are a couple more.

A counter proposal was put forward to you from the victims concerning your offer. As of this date you have not made a response, is that correct?

Mr. Dicerni: I guess it is fair to say there have been some ongoing exchanges taking place. Greg referred to some of them and we have had some contacts with other departments, because we are not the sole deciders, if you wish, in this matter. But it is fair to say that the government has not responded.

Mr. Karpoff: One of the concerns I have is that this deadline is creeping up and where it is not necessary that it be settled before the 13th it certainly would be desirable that before the 13th it be settled. I am surprised at the length of time that keep going on between discussions. It is several months since you had the counter proposal. Why has there not been a response to it? Where does the government disagree with the counter proposal now being put forward?

Mr. Dicerni: Greg mentioned there was a couple of requests for information put forth. Second, I believe the proposal differs in terms of the amounts of money being requested—

Mr. Karpoff: Less?

[*Translation*]

M. Smith: Oui, et un grand nombre d'entre elles ont communiqué avec nous.

M. Cole: Avez-vous une idée du rôle que pourra jouer ce groupe de travail lorsque les parties auront conclu une transaction? Etes-vous en mesure de le prévoir?

Je connais le dévouement dont ont fait preuve les personnes qui ont participé, je connais aussi leurs intentions, et nous leurs sommes reconnaissants des efforts déployés, mais, en cas de transaction, ce groupe va-t-il cesser ses activités ou envisage-t-il une activité à long terme? Je crois savoir que ces activités à long terme soulèvent certains problèmes.

M. Smith: Je pense que les transactions qui seront conclues préciseront le rôle qui sera attribué au groupe de travail et à l'association.

M. Cole: Voulez-vous m'expliquer la différence qu'il y a entre cette association et le groupe du travail?

M. Smith: L'Association canadienne des victimes de la thalidomide est un organisme de charité inscrit, qui a été créé pour représenter les victimes de la thalidomide au Canada. Le groupe de travail a été créé par les amputés de guerre du Canada et représente les victimes de la thalidomide dans leurs discussions avec le gouvernement.

M. Cole: Il ne s'agit donc pas d'une seule et même chose.

M. Smith: Non, ce n'est pas le cas.

M. Cole: Je vous remercie beaucoup. Je suis heureux de le savoir.

M. Karpoff: Nous avons déjà abordé la plupart des sujets sur lesquels j'allais poser des questions, mais il en reste quelques-uns qui n'ont pas été touchés.

À la suite de votre offre, les victimes vous ont présenté une contre-proposition. Vous n'avez pas encore répondu à cette contre-offre, n'est-ce pas?

M. Dicerni: Je pense que l'on peut dire que nous avons procédé à des échanges de vue de façon permanente. Greg en a signalé un certain nombre, et nous avons communiqué avec d'autres ministères, puisque nous ne sommes pas les seuls à décider, si je peux m'exprimer ainsi, de cette question. Mais il est vrai que le gouvernement n'a pas encore donné sa réponse.

M. Karpoff: Je trouve préoccupant que le délai ait presque expiré, et s'il n'est pas vraiment nécessaire que cette question soit réglée avant le 13, il demeure que ce serait éminemment souhaitable. Je suis surpris par la durée de ces discussions. Cela fait plusieurs mois que vous avez cette contre-proposition entre les mains. Comment se fait-il que vous n'y ayez pas encore répondu? Quels sont les points sur lesquels le gouvernement n'est pas d'accord avec la contre-proposition présentée?

M. Dicerni: Greg a mentionné qu'il y avait eu un certain nombre de demandes de renseignements. Deuxièmement, je pense que la proposition parle de sommes d'argent différentes. . .

M. Karpoff: Des sommes inférieures?

[*Texte*]

Mr. Dicerni: —in regard to the amount of moneys that were offered by the government. There are also some discussions regarding types of payments and so forth. Those matters are not easy to come to grips with and, as I mentioned, require sometimes consultation with other departments.

In terms of the deadline of the 13th, I was not with the department at the time that proposal was put forth. But it would be my understanding that nobody would want to deny benefits on the basis of that type of deadline. If there is a need to extend it somewhat I am sure that could be considered.

Mr. Karpoff: The deadline issue. Your answer was nice but it did not say anything, quite frankly. I mean, you did not answer the question as to whether there has been a specific response. I am taking it that there has not been a response to the counter proposal. The government has not formally responded to it.

Mr. Dicerni: It is fair to say that the government has not said yes or has not said no.

Mr. Karpoff: So it has not responded.

Mr. Dicerni: It has sought information and has had meetings.

• 1030

Mr. Karpoff: But it has sought information that is totally irrelevant. If you are going to pay the victims regardless of past settlements or income assistance, then the information they are requesting is irrelevant.

Mr. Dicerni: Yes.

Mr. Karpoff: The money that is now being asked, I understand, is less than what the government had initially put forward. Certainly the method of payment would make it less expenditure at the initial. . .

Mr. Smith: The amount of money that was indicated to us was being requested when we met on October 15 was something in the order of $18.9 million. However, that was also expressed as payments of about $1 million a year for 30 years or life and that was not clarified.

That was based on 75 thalidomide victims, but we know that the number is higher than that. If we work to some general parameters about what the costs might look like for a program that could last 30 years or life providing the benefits the thalidomide victim is looking for, we are looking at an initial investment in the order of $25 million in order to get the fund established.

The proposal the government put forth, roughly $765,000 in the first year, as a short-term balm to ease the financial burden does not really solve the problem. That takes care of the first year, but we still have to look at making a large initial capital investment in order to sustain a fund for that period.

Otherwise, if you are looking at it on a current expenditure basis, laying out something in excess of $1 million a year on an annual basis, then the cost is considerably more than $25 million. It is more than $30 million.

[*Traduction*]

M. Dicerni: . . .de ce qui a été offert par le gouvernement. Les discussions ont également porté sur les modes de paiement et sur d'autres modalités. Il n'est pas facile de régler ce genre de questions et, comme je l'ai mentionné, il faut parfois consulter d'autres ministères.

Pour ce qui est de la date limite du 13, je ne faisais pas partie du ministère au moment où cette proposition a été présentée. Il me semble néanmoins que personne n'a l'intention de refuser ces prestations au cas où le délai expirerait. Je suis certain que l'on pourra prolonger ce délai, si c'est nécessaire.

M. Karpoff: La question du délai. Vous avez répondu de façon très courtoise, mais franchement vous n'avez rien dit. Vous n'avez pas dit s'il y avait eu une réponse précise du gouvernement à cette contre-position. Je dois en conclure qu'il n'y a pas eu de réponse. Le gouvernement n'y a pas répondu de façon officielle.

M. Dicerni: Je pense que l'on peut dire que le gouvernement n'a dit ni oui ni non.

M. Karpoff: De sorte qu'il n'a pas répondu à cette offre.

M. Dicerni: Il a recherché des renseignements et il y a eu des réunions.

M. Karpoff: Mais il a demandé des renseignements dépourvus de toute pertinence. Si vous êtes prêts à indemniser les victimes sans tenir compte des transactions conclues antérieurement ou du complément de revenu obtenu, les renseignements qu'ils demandent sont dépourvus de toute pertinence.

M. Dicerni: Oui.

M. Karpoff: Je crois savoir que les sommes demandées à l'heure actuelle sont inférieures à ce que le gouvernement avait proposé initialement. Il est évident qu'avec ces modalités de paiement, le versement initial serait inférieur. . .

M. Smith: Les montants qui nous ont été mentionnés au cours la réunion du 15 octobre s'élevaient à environ 18,9 millions de dollars. Cependant, ce chiffre était également formulé en versements d'environ un million de dollars par an pendant 30 ans ou à vie, mais cela n'a pas été clarifié.

Ces chiffres se fondaient sur une base de 75 victimes de la thalidomide, mais nous savons que le chiffre réel est bien supérieur. Si l'on tente d'établir des paramètres généraux pour calculer quels pourraient être les coûts d'un programme de ce genre qui durerait 30 ans ou toute la vie des victimes de la thalidomide, il faudrait prévoir un investissement initial de l'ordre de 25 millions de dollars pour créer un tel fonds.

L'offre du gouvernement, soit environ 765,000$ la première année, présentée comme une indemnisation à court terme destinée à rétablir la situation financière des victimes ne résout pas le problème. Cela le règle pour ce qui est de la première année, mais il faudrait tout de même prévoir un investissement en capital important pour créer un tel fonds.

Si l'on examine cette question sur la base des dépenses courantes, ce qui reviendrait à verser un peu plus d'un million par an, le coût de ce programme serait largement supérieur à 25 millions de dollars. Il faudrait plutôt parler de 30 millions de dollars.

[*Text*]

Mr. Karpoff: One of the main differences in the two proposals was that the counter-proposal indicated there would be a differential payment based on the degree of disability. Is that something the government fundamentally disagrees with?

Mr. Dicerni: As you know, the proposal put forth by the minister last year was for equal payments across the board. One of the aspects we are indeed trying to look at is that specific aspect, but it is not one where one can come to grips with this too quickly, because the matter is somewhat complex.

I recall reading one of the proposals that laid out a typology of 10 groupings, which makes some sense, but the actual administration of it all and the determination of which person would fit into which category and the modalities through which one would determine are not terribly easy to finalize. I believe the minister would want to look at a totality of comments made in this forum and then maybe come to a decision.

The point I am trying to make is that all the aspects/recommendations the task force has made are matters the department is looking at, in the same way as Greg was alluding to some of those numbers. We have had actuarial projections developed just to make sure that when we provide the minister with some comments and advice in regard to the fiscal implication of any proposal those are as solidly based as we can make them.

So it is not as though we have disregarded the comments or proposals, but we are trying to look at each of them in order that the minister can then make a decision.

Mr. Karpoff: I guess I am a little bewildered as to why it has taken so long, even the response to the counter-proposal. I looked at the documentation. I have worked in the social services and health care field. I am familiar with some of the rating scales used to determine disability. It is quite baffling to me that it has not been resolved.

• 1035

Can you tell us when the government is formally going to respond to the counter-proposal? You have three weeks before the deadline of the 13th. When is the government actually going to respond?

Mr. Dicerni: I do not think you are asking the right person.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I would like to thank the officials for appearing before us.

Perhaps I should follow up on some of the points that have been raised and start with the statement by Dr. Liston in his letter in the *Free Press* of October 6, 1990. He indicated that further meetings would be held with the task force and the thalidomide victims. The officials have now confirmed that the only meeting that took place formally was on October 15, one week later. Is that right?

Mr. Dicerni: Yes.

Mr. Pagtakhan: At that time the presentations were made by the Thalidomide Task Force presenting their two options to which no formal response had been given as yet.

[*Translation*]

M. Karpoff: Une des principales différences qui existent entre les deux offres est que, d'après la contre-offre, l'indemnité versée varierait en fonction de l'incapacité. Le gouvernement s'oppose-t-il à cette modalité?

M. Dicerni: Comme vous le savez, l'offre présentée par le ministre l'année dernière prévoyait des versements égaux pour tous. Il s'agit d'un des aspects que nous sommes en train d'examiner, mais il n'est pas facile de régler très rapidement ce genre de question, parce que le sujet est fort complexe.

Je me souviens avoir lu une offre qui prévoyait dix catégories, ce qui paraissait raisonnable, mais l'administration d'un tel système et la classification des victimes posent des problèmes qui ne sont pas très faciles à régler. Je pense que le ministre veut examiner l'ensemble des commentaires formulés ici avant de se prononcer.

Je voudrais simplement préciser que le ministère examine toutes les conclusions et les recommandations du groupe de travail, parallèlement aux chiffres auxquels Greg faisait allusion. Nous avons établi des projections actuarielles pour donner une base aussi solide que possible aux commentaires et aux conseils destinés au ministre.

Cela ne veut donc pas dire que nous n'ayons pas tenu compte des commentaires ou du contenu des propositions, mais nous essayons d'examiner tous ces éléments pour que le ministre puisse ensuite se prononcer.

M. Karpoff: J'ai du mal à comprendre pourquoi tout ceci prend tant de temps, même la réponse à la contre-proposition. J'ai examiné les documents. J'ai travaillé dans le secteur des service sociaux et des soins de santé. Je connais certaines échelles de classification utilisées pour déterminer l'incapacité. Je ne comprends vraiment pas pourquoi cette question n'a pas été résolue.

Pouvez-vous nous dire quand le gouvernement va répondre officiellement à cette contre-offre? Il vous reste trois semaines avant la date limite du 13. Quand le gouvernement va-t-il donner sa réponse?

M. Dicerni: Je ne pense pas que vous vous adressez à la bonne personne.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je voudrais remercier les représentants du ministère qui sont venus ici.

J'aimerais revenir sur certains points qui ont déjà été soulevés et commencer par la déclaration du Dr. Liston qui se trouve dans la lettre publiée dans *Free Press* du 6 octobre 1990. Il mentionne que le groupe de travail et les victimes de la thalidomide poursuivraient leurs réunions. Les fonctionnaires viennent de confirmer que la seule réunion qui ait eu lieu officiellement est celle du 15 octobre, soit une semaine plus tard. Est-ce bien cela?

M. Dicerni: Oui.

M. Pagtakhan: C'est à cette date que le groupe de travail sur la thalidomide a présenté ses offres comprenant deux solutions, auxquelles le ministère n'a toujours pas répondu officiellement.

[*Texte*]

Mr. Chairman, on October 13, 1990, I stood in the House of Commons and challenged the ministry to respond. Unless that statement in the House of Commons was completely neglected, which I would find very unacceptable, it has not been read, or there is no intent to respond at all. On October 13, Mr. Chairman, I in fact reiterated the option being proposed by the victims association, indicating that 30% cannot find meaningful jobs and another 30% rely on their families for support.

The question I would reiterate, following the question of my colleague, is whether there is a timetable for response to the task force report, and whether could the minister could indicate candidly whether that can be made and, if not, why not?

Mr. Dicerni: I think the question you raised both in the House and here—when will the minister make a formal response to the propositions that have been put forth by the task force—can only be properly answered by the minister. I do not think that we, as officials, are in a position, given a number of factors, to provide you with specific timetables as to when a minister of the crown will be making a government response, partially also because he must seek the concurrence of some of his own colleagues. This is not a matter that can be dealt with uniquely within the purview of the Department of Health and Welfare.

Mr. Pagtakhan: Is it possible that the officials are able to tell the committee that, as a group, the officials have already made a specific recommendation to this effect to the minister, or is that confidential information?

Mr. Dicerni: I think it is fair to say, sir, that we have been in discussions with the minister on various aspects of the proposal, such as the actuarial projections, the cost implications, and so forth.

There are various aspects that we have also been discussing with other departments, such as the Department of Justice, to ensure that the advice we give to the minister is as solid as possible. I think the timetable is something you may wish to pursue with him directly.

• 1040

Mr. Pagtakhan: You spoke about your consultation with the Department of Justice. Obviously it must be with respect to the request of the task force. Is the opinion being sought related in any way to the question of scaled payments, of differential payments based on disability, and do the officials have any question about this type of approach being in contravention of the Charter of Rights and Freedoms?

Mr. Dicerni: It is in regard to the totality of the proposition that was put forth by the task force.

Mr. Pagtakhan: And the totality, of course, includes that component as well. Has that specific component been raised, the one to which I was alluding?

Mr. Smith: The specific proposal from the task force was not put to the Ministry of Justice in respect of the 10 levels of disability.

[*Traduction*]

Monsieur le président, le 13 octobre 1990, je me trouvais à la Chambre des communes et j'ai mis le ministre au défi d'y répondre. À moins qu'on n'ait tenu aucun compte de la déclaration faite devant la Chambre des communes, ce qui me paraîtrait tout à fait inacceptable, cette déclaration n'a pas été lue, et le ministre n'a aucune intention de répondre à cette contre-offre. Le 13 octobre, monsieur le président, j'ai moi-même représenté la solution proposée par l'Association des victimes, en mentionnant que 30 p.100 d'entre elles ne peuvent trouver de véritable emploi et que trente autres pour cent d'entre eux demandent à leur famille de pourvoir à leurs besoins.

Je vais donc vous demander une nouvelle fois, à la suite de la question de mon collègue, s'il existe un calendrier pour donner une réponse au rapport du groupe de travail et si le ministre peut dire franchement s'il est en mesure de fixer une date, et dans le cas contraire, pourquoi cela ne lui est pas possible?

M. Dicerni: Je pense que seul le ministre peut répondre à la question que vous avez posée à la Chambre et ici—quand le ministre présentera-t-il une réponse officielle aux propositions du groupe de travail? Je ne crois pas qu'en tant que fonctionnaire, nous soyons en mesure, étant donné un certain nombre de facteurs, de vous donner des dates précises auxquelles un ministre de la Couronne sera prêt à faire connaître la réponse du gouvernement, notamment parce qu'il doit rechercher l'accord d'un certain nombre de ses collègues. Ce n'est pas une question qui relève uniquement du ministère de la Santé et du Bien-être.

M. Pagtakhan: Les représentants du ministère sont-ils en mesure de dire au Comité s'ils ont déjà présenté au ministre une recommandation précise à ce sujet, ou cela constitue t-il une information confidentielle?

M. Dicerni: Je pense que l'on peut dire que nous avons examiné avec le ministre divers aspects de la proposition, notamment les projections actuarielles, les implications financières et ainsi de suite.

Nous avons également examiné avec d'autres ministères, comme le ministère de la Justice, d'autres aspects pour nous assurer que les conseils destinés au ministre seront aussi solides que possible. Je pense que la question du calendrier devrait être abordée directement avec lui.

M. Pagtakhan: Vous avez parlé de consultations avec le ministère de la Justice. Il est évident qu'elles devaient porter sur la demande présentée par le groupe de travail. L'opinion demandée concernait-elle de près ou de loin la question des paiements échelonnés, des paiements variables selon l'incapacité, et les représentants du ministère pensent-ils que ce type de modalité est contraire à la Charte des droits et libertés?

M. Dicerni: Les consultations concernaient l'ensemble de la proposition proposée par le groupe de travail.

M. Pagtakhan: Et l'ensemble de cette proposition comprend, bien entendu, cet élément. A-t-on examiné cet élément en particulier, l'élément auquel je faisais allusion?

M. Smith: La proposition du groupe de travail portant sur les 10 catégories d'incapacité n'a pas été transmise au ministère de la Justice.

[*Text*]

Mr. Pagtakhan: Did you, Dr. Liston, indicate in your letter of October 9 concerns that the type of approach of differential payments based on the degree of disability may pose an issue insofar as our Charter of Rights and Freedoms is concerned?

Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare): The indication at that time was that we were trying to respond with a single payment, a single-sum type, and when the discussions started about where there might be a differential and so on, this was a reason for precipitating dialogue with the task force.

It was at that time that Mr. Smith was designated as the contact point to try to pursue all aspects of this. It was not for us, as officials, to make a final disposal of the various points. We were attempting to ascertain what was the nature of the proposal and what were the policy elements or implications of them. It was for that purpose that Mr. Smith was meeting and responding to their requests.

Mr. Pagtakhan: Obviously a fundamental essence to the whole issue now, aside from the substance of the proposal, will be the time element for response. I can see that the officials are nodding.

Could you give the committee a sense of what you feel from your perspective would be a very reasonable timeframe for response, if you are permitted to do so?

Mr. Dicerni: I do not want to sound repetitive, but issues as to the timeframe within which the minister will be able to make a final decision on this should be put to him directly, because even if the minister can make his own decision he would have to seek the views and concurrence of other colleagues, and given that the present circumstances in the Persian Gulf and so forth are putting a lot of demands upon ministers, it is sometimes difficult to predict when governments will make what decisions.

Mr. Pagtakhan: Of course, Mr. Chairman, by way of comment—

Mr. Dicerni: I am sorry. I do understand your question. I would not want you to think that I am not understanding it, but I honestly do not think I can give you a specific timetable that can hold water. I really could not give you something with which I would feel terribly comfortable. Obviously, we are all as interested, as I know committee members are, to resolve the matter to everyone's satisfaction as quickly as possible.

• 1045

Mr. Halliday (Oxford): It seems to me that we are dealing with a very difficult problem—that is self-evident—with a lot of variables that are hard to assess and to know how to work into the equation.

My first experience in any kind of politics was in municipal politics on a school board when county boards first formed. We were fortunate in our particular county to have an excellent chairman and a director of education who had some insight. They insisted that we not make ad hoc decisions but that we have policies.

[*Translation*]

M. Pagtakhan: Monsieur Liston, avez-vous mentionné dans votre lettre du 9 octobre que vous craigniez qu'il soit contraire à la Charte des droits et libertés de faire varier les versements en fonction du niveau d'incapacité de la victime?

M. A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé et du Bien-être social): À l'époque, nous proposions un versement unique, une somme globale, et lorsqu'on a commencé à parler de faire varier ces sommes, cela nous a amenés à consulter plus rapidement le groupe de travail.

C'est à cette époque que M. Smith a été choisi comme personne ressource chargée d'examiner tous les aspects de cette proposition. La réponse définitive à ces diverses questions ne relevait pas de nous, les fonctionnaires. Nous nous sommes efforcés de déterminer avec précision la nature de l'offre présentée et d'en faire ressortir les conséquences politiques ou autres. C'est avec cet objectif en vue que M. Smith a eu des réunions avec eux et s'est chargé de répondre à leurs demandes.

M. Pagtakhan: Il est évident que la question des délais revêt une importance fondamentale dans ce contexte, sans parler du contenu de l'offre présentée. Je vois que les fonctionnaires donnent des signes d'approbation.

Pouvez-vous donner au comité une idée de ce qui vous paraîtrait être un délai raisonnable pour répondre à cette offre, si vous êtes en mesure de le faire?

M. Dicerni: Je ne voudrais pas avoir l'air de me répéter, mais les questions concernant le délai dans lequel le ministre prendra une décision définitive sur cette question devrait lui être posée directement, car il peut fort bien en arriver à une décision, mais il doit rechercher l'approbation de ses collègues, et compte tenu des circonstances actuelles, avec le Golfe Persique et les autres choses qui exigent leur attention, il est parfois difficile de prédire à quel moment le gouvernement prendra position.

M. Pagtakhan: Bien entendu, monsieur le président...

M. Dicerni: Je suis désolé. Je comprends fort bien votre question. Je ne voudrais pas que vous pensiez que je ne la comprends pas, mais honnêtement, je ne pense pas pouvoir vous donner un calendrier ferme sur ce point. Je ne peux vraiment pas mentionner quoi que ce soit à ce sujet. Bien entendu, nous sommes tous désireux, comme le sont également les membres du Comité, de régler cette question à la satisfaction générale aussi vite que possible.

M. Halliday (Oxford): Il me semble que nous sommes en train d'examiner un problème fort complexe—cela est évident—qui comprend de nombreuses variables difficiles à évaluer et à relier entre elles.

Ma première expérience dans le monde de la politique, je l'ai eue au niveau municipal puisque j'ai fait partie d'un conseil scolaire au moment où l'on a créé les premiers conseils de comté. Nous avons eu la chance d'avoir, dans notre comté, un excellent président et un directeur de l'enseignement qui voyaient loin. Ils ont insisté pour que nous ne prenions pas de décisions ad hoc et pour que nous adoptions des politiques.

[*Texte*]

It seems to me that we are now into a situation here that demands that we have a policy. I am wondering whether our officials can tell us whether or not we do have a policy.

The reason I think we need to have a policy is that otherwise we will have ongoing ad hoc decisions. No matter how we settle this, we are going to have requests from victims of untoward effects from immunization. That has already been discussed. We have already dealt with those HIV positives who had blood transfusions. We are going to have more victims, but not to the same extent, from other drugs in the future.

Does the department have a policy and, if so, what is that policy? If they do, then I think we should be able to apply this particular issue within that policy. Now, if we do not have a policy, is there some reason we do not and could we have a policy developed?

Dr. Liston: There is a policy in the sense that the government does not view itself as being responsible for all of the commodities which it attempts to regulate. The fundamental or underlying policy is that the owner of the intellectual property or the patents that are developed for drugs, devices, food additives, pesticides, etc. are the ones who have, under law, the responsibility for ensuring that they are safe; that they may be used in accordance with direction and not cause harm to the public.

The government regulates to try to make sure that these companies have complied with the law. But by looking for compliance, they do not accept that they become accountable for any of the damages that might occur if, for reasons that one could not forecast, there were inadvertent damages that might occur to public health.

That policy has held sway for lo these many years. In this particular instance, it was not deemed as being a "compensatory package". It was one that was driven more by an element of wanting to provide assistance or predicated on compassion and not on the basis of having, let us call it, a compensatory element in it. That has been the underlying "policy" that we have been working with.

Mr. Halliday: Have there been any requests yet for compensation of some sort for those who are victims of untoward reactions from immunization? If so, how have they been handled?

Dr. Liston: There were representations made to the minister, roughly two and a half or three years ago, in which case there were a lot of people who claimed to have been injured by a variety of immunizing agents.

There were some very significant examinations of this particular issue. Since most of the cases seemed to be involved with pertussis vaccine, major examinations of what I would call a very scientific and credible nature were undertaken in the U.K. and the U.S., to try to look at it epidemiologically to see if there was any correlation between the use of the vaccine and the development of subsequent injuries. The findings so far would suggest that, no, there was not a correlation.

[*Traduction*]

Il me semble que nous nous trouvons ici dans une situation qui exige que l'on réfléchisse à ce que devrait être la politique à appliquer. Je me demande si nos fonctionnaires peuvent nous dire s'il existe une politique applicable à ce genre de questions.

Je pense qu'il y a lieu d'en adopter une parce qu'en l'absence d'une telle politique, on est amené à prendre des décisions ponctuelles. Quelle que soit la façon dont nous réglons cette question, nous serons appelés à examiner des demandes émanant de victimes d'effets préjudiciables de l'immunisation. Nous en avons déjà parlé. Nous avons déjà parlé de personnes qui sont devenues séro-positives à la suite de transfusions sanguines. Il y aura encore à l'avenir des victimes, peut-être moins gravement atteintes, d'autres drogues.

Le ministère a-t-il élaboré une politique à ce sujet et, si oui, quelle en est la teneur? Si cette politique existe, je pense qu'il faudrait l'appliquer à la question que nous débattons ici. Par contre, s'il n'existe pas de politique sur ce point, qu'est-ce qui nous empêcherait d'en élaborer une?

M. Liston: Il existe une politique en ce sens que le gouvernement ne se considère pas responsable de tous les domaines qu'il tente de règlementer. D'après cette politique fondamentale, c'est le propriétaire de l'invention ou des brevets obtenus pour les médicaments, l'appareil, l'additif, le pesticide, qui, en droit, sont responsables d'en garantir l'inocuité; ces produits doivent pouvoir être utilisés selon les indications fournies sans causer de dommages physiques à la personne qui les utilise.

Le gouvernement adopte des règlements pour tenter de vérifier que ces sociétés respectent la loi. Ces sociétés cherchent à respecter ces dispositions, mais elles n'acceptent pas qu'on les tienne responsables des dommages qui pourraient se produire pour des motifs imprévisibles.

Cette politique est appliquée depuis de nombreuses années. Dans le cas qui nous occupe, il ne s'est pas agi d'offrir une compensation, mais plutôt d'aider ces personnes pour des raisons humanitaires. Voilà la «politique» sur laquelle nous avons fondé notre position sur cette question.

M. Halliday: Est-ce que les victimes des programmes d'immunisation ont présenté des demandes d'indemnité? Si elles l'ont fait, comment ces demandes ont été traitées?

M. Liston: Le ministre a reçu des demandes, il y a deux ans et demi ou trois ans, dont il ressortait que de nombreuses personnes prétendaient avoir subi des dommages à la suite d'une immunisation.

Cette question a fait l'objet d'examens très importants. La plupart des cas mettaient en cause le vaccin contre la coqueluche, et on a procédé à des études très poussées au Royaume-Uni et aux États-Unis pour tenter de découvrir s'il existait une co-relation entre l'emploi du vaccin et l'apparition de certains symptômes par la suite. Les conclusions auxquelles nous sommes arrivés n'ont pas permis d'établir jusqu'ici l'existence d'une corrélation.

[*Text*]

• 1050

So as best we can assess or determine at this time, this resulted in a very substantive impact on the number of potential cases of vaccine-related injuries that there might be.

In the meantime, we have been looking to try to develop a better base on which we might be able to warn, detect, report, and provide information with respect to the type of injury, what vaccines may be hotter than others and which might be candidates for further examination or scrutiny.

Mr. Halliday: I believe that either the task force or the association made representation to the UN on this issue. Do our officials have any indication of how that is being received at the UN—from your legal advisers, for example, or from our UN people in New York? What has happened so far with respect to that representation, and what do our advisers believe may happen as a result of it?

Mr. Smith: I can give only a partial response to that, because the Department of Justice deals with those issues on our behalf.

The process by which the United Nations Human Rights Committee would examine an issue like this would first of all be to determine whether it is admissible under the terms of reference of the committee and then to examine it from there. We do not yet have an indication from the committee that this is even an admissible issue.

Mrs. Clancy: You had told us that there are 75 thalidomide victims on the registry. Is that the correct number that you are aware of, but there may be more that are not registered?

Mr. Smith: The registry I refer to is one developed in 1963. It is the Definitive Canadian Study on Thalidomide Victims. There are others besides that.

Mrs. Clancy: Of the 75, how many would be female?

Mr. Smith: I do not have that breakdown, I am afraid.

Mrs. Clancy: I wonder if any work is being done by your department, or indeed by anyone you are aware of, that looks at the general health of these people based on gender; in other words, if women are facing different problems than men.

Mr. Smith: No.

Mrs. Clancy: No, they do not, or nobody has done any work on it?

Mr. Smith: Nobody is studying this group particularly to determine that on the basis of gender.

Mrs. Clancy: I wonder if somebody could get the information for the committee based on gender, at least numbers.

Mr. Dicerni: We will provide the committee with whatever we have.

Mrs. Clancy: Good. Is it possible, even by looking at the names?

[*Translation*]

D'après ce que nous savons à l'heure actuelle, cela a eu un effet important sur le nombre des demandes d'indemnité à l'égard de maladies reliées au vaccin.

Entre temps, nous avons tenté de mieux nous informer pour être en mesure d'avertir le public, de dépister des accidents et de les rapporter, ainsi que de fournir des renseignements concernant les types de lésions, les risques associés aux différents vaccins et la façon de déterminer ceux qui devraient faire l'objet d'un examen complémentaire.

M. Halliday: Je pense que le groupe de travail, ou l'association, a présenté des observations à l'ONU sur ce point. Savons-nous comment l'ONU a réagi à ces observations—par l'intermédiaires de nos conseillers juridiques, par exemple, ou par les représentants à l'ONU qui se trouvent à New York? Cette intervention a-t-elle débouché sur des initiatives et qu'est-ce qui pourrait en découler d'après nos conseillers?

M. Smith: Je ne peux vous répondre que de façon partielle parce que c'est le ministère de la Justice qui s'occupe de cette question pour notre compte.

Le comité des droits de la personne des Nations Unies, lorsqu'il est saisi d'une question comme celle-ci, commence tout d'abord par déterminer si cette question entre dans le cadre de la mission du comité et il commence l'étude du sujet s'il a répondu positivement à la première question. Le comité n'a pas encore fait savoir s'il considérait qu'il s'agissait-là d'une question entrant dans le cadre de sa mission.

Mme Clancy: Vous nous aviez dit qu'il y avait 75 victimes de la thalidomide figurant dans le registre. Est-ce le nombre le plus exact que vous connaissiez ou pensez-vous qu'il en existe d'autres dont les noms ne figurent pas dans le registre?

M. Smith: Le registre dont je parle est celui qui a été créé en 1963. Il s'agit de l'étude définitive sur les victimes de la thalidomide au Canada. Il en existe d'autres.

Mme Clancy: Parmi ces 75 victimes, combien sont de sexe féminin?

M. Smith: Je regrette, mais je n'ai pas ce chiffre.

Mme Clancy: Je me demande si votre ministère, ou un autre organisme, examine la santé générale de ces personnes en fonction de leur sexe; bref, je me demande si les femmes font face à des problèmes différents de ceux des hommes.

M. Smith: Non.

Mme Clancy: Non, ce n'est pas le cas, ou non, personne n'examine cette question?

M. Smith: Personne n'examine ce groupe en fonction du sexe des victimes.

Mme Clancy: Je me demande si l'on pourrait communiquer au comité le renseignement que je demandais à propos du sexe des victimes, tout du moins les chiffres.

M. Dicerni: Nous ferons parvenir au comité tous les renseignements dont nous disposons.

Mme Clancy: Très bien. Cela est-il possible, en jugeant d'après les noms?

[*Texte*]

Mr. Dicerni: I think the study Greg was referring to was an epidemiological one.

Mrs. Clancy: It did not have names?

Mr. Dicerni: No.

Mrs. Clancy: Does somebody have the names, or do you just know there were 75 people?

Mr. Smith: No, we have the names associated with that study.

If you wish, Mr. Chairman, I would be pleased to leave with the committee a copy of an article entitled "The Canadian Thalidomide Experience", which is a report on that national study published in the *Canadian Medical Association Journal* in November 1963. I have not had an opportunity quickly to scan it to see whether the gender information is in this article.

Mrs. Clancy: But also, of course, the average age of thalidomide victims in 1963 would be. . .what?

Mr. Smith: One or two years.

Mrs. Clancy: Exactly. So some of the kinds of questions I would be leading into would obviously come at least 10 years later, or maybe more than that.

Mr. Smith: Yes.

Mrs. Clancy: It is the question relating to age and gender in which I was most interested.

• 1055

The Chairman: Thank you. Just before moving to Madam Bertrand, do the members of the committee feel they have enough information? You may not feel you have enough information, but do you feel you have asked the questions you wish this morning?

Mr. Karpoff: I do not think there is a need for us to hang around, as far as I am concerned.

The Chairman: Do we have agreement?

Mr. Pagtakhan: Yes, once they have answered the questions from Madam Bertrand.

The Chairman: We will have to make it quickly. Madam Bertrand, please.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Je m'excuse d'être arrivée en retard. Les députés ont toutes sortes de contraintes ces jours-ci. Ma question a peut-être été posée.

Vous parlez d'une liste de 75, et l'Association parle d'un nombre possible de 170. Dans vos recommandations au ministre, est-ce que vous allez tirer une ligne très sévère ou très exacte pour l'admissibilité des victimes à une compensation? Par exemple, parlerez-vous des victimes nées après telle date, excluant celles qui sont nées une semaine ou un mois auparavant? Est-ce que ce sera très strict?

Comme députés, nous recevons des gens à nos bureaux qui arrivent avec les dates et tout. Ces personnes ont les mêmes symptômes, elles sont atteintes de la même maladie, elles sont privées de membres, mais elles sont nées un an auparavant, par exemple. Est-ce que la détermination de la date sera très sévère ou y aura-t-il une certaine souplesse?

[*Traduction*]

M. Dicerni: Je pense que l'étude à laquelle Greg faisait référence était une étude épidémiologique.

Mme Clancy: Elle ne mentionnait pas les noms des victimes?

M. Dicerni: Non.

Mme Clancy: Est-ce que quelqu'un connaît les noms, savez-vous tout simplement qu'il y avait 75 personnes?

M. Smith: Non, nous connaissons les noms des personnes qui ont fait l'objet de cette étude.

Si vous le désirez, monsieur le président, je pourrais laisser au comité une copie d'un article intitulé «The Canadian Thalidomide Experience», qui est le rapport d'une étude nationale publiée dans le *journal de l'Association médicale canadienne* de novembre 1963. Je n'ai pas eu le temps de voir si cet article contenait des renseignements sur le sexe des victimes.

Mme Clancy: Bien entendu, l'âge moyen des victimes de la thalidomide aurait été en 1963 de. . .?

M. Smith: Un an ou deux.

Mme Clancy: Exactement. De sorte que les questions qui m'intéressent ne se poseraient qu'au moins dix ans plus tard ou peut-être beaucoup plus longtemps après.

M. Smith: Oui.

Mme Clancy: C'est la question concernant l'âge et le sexe qui m'intéressait le plus.

Le président: Merci. Avant de passer à M^me^ Bertrand, je me demande si les membres du comité aimeraient avoir davantage d'information? Il est possible que vous pensiez ne pas en avoir suffisamment, mais croyez-vous avoir poser toutes les questions que vous désiriez ce matin?

M. Karpoff: Je ne pense pas qu'il soit vraiment nécessaire de prolonger cette période, du moins en ce qui me concerne.

Le président: Sommes-nous d'accord sur ce point?

M. Pagtakhan: Oui, quand ils auront répondu aux questions de M^me^ Bertrand.

Le président: Nous allons y procéder rapidement. Veuillez commencer, madame Bertrand.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): I am sorry I came in late. Members of Parliament have to work with all kind of contraints those days. Somebody may have asked my question.

You talk about a list of 75 and the Association talks about a possible 170. In your recommendations with the Minister, are you going to formulate a very precise test to determine the admissibility of the victims to compensation? For example, will you mention all victims born after such and such date, excluding those who were born one week or one month before? Would that be very strict?

As members of Parliament, we receive number of people in our office and these persons come with all kind of information. These persons have the same symptoms, they suffer from the same illness, they are without members but they were born one year before, for example. Will the time limit be very strict or will there be some flexibility?

[*Text*]

M. Smith: On peut prévoir que les critères d'admissibilité à ce régime d'aide financière seront ceux qui ont été publiés par le Dr Webb en 1963. Il y a là la définition de qui est une victime de la thalidomide et de qui ne l'est pas. On se servira de la définition tirée du rapport du Groupe de travail sur la thalidomide. Il s'agit de déterminer si la mère a pris le médicament pendant les trois premiers mois de sa grossesse et si le médicament a été obtenu au Canada et était l'une des deux marques déposées disponibles au Canada, soit le Kevadon et le Thalimole. Ce sont les critères d'admissibilité de base.

On peut constater que la plupart des victimes sont nées entre 1959 et 1962, mais il se peut qu'il y ait des victimes nées un peu plus tard. Il n'y en a probablement pas qui sont nées avant 1959, parce que le médicament n'était pas disponible au Canada avant juillet 1959.

Mme Bertrand: Comment se fait-il qu'il y ait des victimes qui ont la même maladie et qui sont nées un an auparavant?

M. Smith: Les dommages causés par la thalidomide sont semblables à des dommages causés par des causes inconnues et qui se produisent spontanément chez un certain nombre d'enfants nés chaque année. Même pendant la période de 1959 à 1962, il se peut qu'il y ait des individus nés avec des dommages semblables, mais qui ne sont pas victimes de la thalidomide; ils sont victimes de dommages causés spontanément.

Mr. Pagtakhan: I would like to follow up the question of my colleague with respect to the study of 1963. Has there been any contemplated plan on the part of the department to suggest, recommend or commission a study and follow-up of these patients as they are today?

Mr. Dicerni: No. Not at this time.

The Chairman: Thank you for your appearance this morning, Mr. Dicerni, Dr. Liston and Mr. Smith. We do appreciate the time you have taken. I gather members feel they have received adequate information this morning and that we will not require a meeting later today.

The meeting is adjourned.

[*Translation*]

Mr. Smith: It is quite likely that the criteria for admissibility to this financial aid plan will be the same as those published by Dr. Webb in 1963. They define who is a victim of thalidomide and who is not. We will use the definition used in the report of the Task Force on Thalidomide. We will have to determine if the mother has used the drug during the first three month of her pregnancy and if the drug has been obtained in Canada and was one of the two registered trade marks sold in Canada, that is to say Kevadon and Thalimole. These are the basic admissibility criteria.

One may note that most victims were born between 1959 and 1962, but it is possible that some victims may have been born sometime later. It is entirely unlikely that victims would be born before 1959, because that drug was not available in Canada before July 1959.

Mrs. Bertrand: How do you explain the fact that there are victims who suffer from the same illness and that were born one year before?

Mr. Smith: The damage caused by thalidomide look very much like damage caused by unknown causes and which appear spontaneously in a number of new born infants every year. Even between 1959 and 1962, there may be some individuals born with similar injuries but who are not victims of thalidomide; they would be victims of injuries having a spontaneous cause.

M. Pagtakhan: J'aimerais revenir sur la question qu'a posée mon collègue au sujet de l'étude de 1963. Le ministère a-t-il envisagé de suggérer, recommander ou faire effectuer une étude de suivi sur l'état actuel de ces patients?

M. Dicerni: Non. Pas pour le moment.

Le président: Je vous remercie d'être venus ici ce matin, MM. Dicerni, Liston et Smith. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de le faire. Je pense que les membres du comité sont satisfaits des renseignements qu'ils ont obtenus ce matin et que nous n'aurons pas à reprendre cette réunion plus tard dans la journée.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

From the Department of National Health and Welfare:

Richard Dicerni, Senior Assistant Deputy Minister;

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch;

Greg Smith, Director, Management Processes, Health Protection Branch.

TÉMOINS

Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

Richard Dicerni, sous-ministre adjoint principal;

A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé;

Greg Smith, directeur, Processus de gestion, Direction générale de la protection de la santé.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

28
39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 52

Monday, January 21, 1991

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 52

Le lundi 21 janvier 1991

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

---

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

---

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90-91

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990-1991

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman:

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN–ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–président:

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, JANUARY 21, 1991
(62)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 3:15 o'clock p.m. this day, in Room 371 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Joan Vance, Research Officer.

Witnesses: *As individuals*: Dr. Philip B. Berger, University of Toronto; Dr. Norbert Gilmore, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University; Joe N. Lavoie, President, Care Med International; Theodore R. Marmor, Professor, School of Organization and Management, Yale University and Fellow of the Canadian Institute for Advanced Research; Jonathan Lomas, Professor, Centre for Health, Economics and Policy Analysis, McMaster University.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. Philip B. Berger made a statement and answered questions.

At 4:25 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 4:29 o'clock p.m., the sitting resumed.

Dr. Norbert Gilmore made a statement and answered questions.

Joe Lavoie made a statement and answered questions.

At 6:55 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 8:09 o'clock p.m., the sitting resumed.

Theodore R. Marmor and Jonathan Lomas each made a statement and answered questions.

At 10:52 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 21 JANVIER 1991
(62)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 15 h 15, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présente: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Joan Vance, attachée de recherche.

Témoins: *À titre personnel*: Philip B. Berger, Université de Toronto; Norbert Gilmore, Centre McGill de médecine, d'éthique et de droit, Université McGill; Joe N. Lavoie, président, Care Med International; Theodore R. Marmor, professeur, École d'organisation et de gestion, Université Yale, membre de l'Institut canadien de recherches avancées; Jonathan Lomas, professeur, Centre de santé, d'économique et d'analyse politique, Université McMaster.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Philip B. Berger fait un exposé et répond aux questions.

À 16 h 25, la séance est suspendue.

À 16 h 29, la séance reprend.

Norbert Gilmore fait un exposé et répond aux questions.

Joe Lavoie fait un exposé et répond aux questions.

À 18 h 55, la séance est suspendue.

À 20 h 09, la séance reprend.

Theodore R. Marmor et Jonathan Lomas font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 22 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[*Text*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Monday, January 21, 1991

[*Translation*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le lundi 21 janvier 1991

• 1515

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum. Pursuant to Standing Order 108(2) the committee continues the consideration of the health care system in Canada and its funding.

This afternoon we have the pleasure to welcome Dr. Phillip Berger of the University of Toronto and Dr. Norbert Gilmore from McGill University. Thank you very much for appearing this afternoon. May I extend to you our apologies for the shift in our timetable. As I mentioned to you in our brief discussions earlier, our schedule is not really our own around here at the present time. We had set aside these two days when we thought the House would be recessed and we would have this time to ourselves and the committee could schedule its own agenda. Unfortunately, the world has not worked out that way.

Doctors, before we begin, may I ask if you wish to give your presentations separately and have questions on each presentation.

Dr. Phillip Berger (University of Toronto): I have a plane to catch at 5.30 p.m., so I really have to leave by around 4.30 p.m. or 4.45 p.m. I think we would like to present separately with questions following each of our presentations, if that is possible.

The Chairman: Whatever you wish.

Dr. Berger: I would first like to apologize that I am unable to give any of this presentation in French. It is really a consequence of being schooled in the 1950s in western Canada. I would also like to apologize to the committee for not having a written presentation. It is not done out of disrespect for the committee; it is that in the AIDS business there is a limited amount of energy and one has to make hard choices as to where to put the time, and I really just did not have the time to prepare a written presentation in time for today's meeting.

I will briefly tell you a little bit about my involvement before getting into the substance of the presentation. I am a founder and co-chairman of the Toronto HIV Primary Care Physicians Group, which is a group of downtown Toronto general practitioners who care for an estimated 4,000 HIV-infected patients in Toronto. I also sit on the Ontario AIDS Advisory Committee and its scientific subcommittee. Since the AIDS epidemic has begun I have cared for over 250 HIV-infected patients and have approximately 200 living at the present time.

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum. Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le comité poursuit son examen du système de soins de santé au Canada et de son financement.

Nous avons le plaisir d'accueillir cet après-midi le D[r] Phillip Berger, de l'Université de Toronto, et le D[r] Norbert Gilmore, de l'Université McGill. Je vous remercie beaucoup d'être venu témoigner cet après-midi. Je vous prierais d'excuser notre changement d'horaire. Comme je vous l'ai mentionné au cours de notre brève conversation, un peu plus tôt, nous ne sommes pas vraiment maîtres de notre temps en ce moment. Nous avions réservé ces deux jours parce que nous croyions que la Chambre serait en congé et que nous pourrions établir notre propre ordre du jour. Malheureusement, le monde en a décidé autrement.

Messieurs, avant de commencer, j'aimerais savoir si vous voulez présenter vos exposés séparément et répondre aux questions après chacun.

Dr Phillip Berger (Université de Toronto): Je dois prendre un avion à 17h30; je devrai donc partir au plus tard vers 16h30 ou 16h45. Je pense donc qu'il serait préférable de présenter séparément nos exposés et de répondre aux questions après chacun de ces exposés, si c'est possible.

Le président: Comme vous voudrez.

Dr Berger: Je voudrais tout d'abord m'excuser de ne pas pouvoir présenter mon exposé en français. Cela vient en fait du fait que j'ai fait mes études dans l'Ouest canadien, dans les années 50. Je prie également le comité de m'excuser de ne pas avoir fourni de mémoire écrit. Ce n'est pas que je ne respecte pas le travail du comité, c'est plutôt, que dans le domaine du sida, nous devons conserver notre énergie et décider très judicieusement de notre emploi du temps; je n'ai tout simplement pas eu le temps de préparer un mémoire écrit en prévision de la séance d'aujourd'hui.

Permettez-moi tout d'abord de vous décrire brièvement mon travail avant de passer au corps même de mon exposé. Je suis un des fondateurs et un co-président du *Toronto HIV Primary Care Physicians Group*, un organisme regroupant des médecins généralistes du centre-ville de Toronto qui soignent environ 4,000 patients infectés par le VIH dans cette ville. Je fais également partie du Comité consultatif ontarien sur le sida, ainsi que de son sous-comité scientifique. Depuis le début de l'épidémie de sida, j'ai soigné plus de 250 patients infectés par le VIH, dont 200 environ sont encore vivants à l'heure actuelle.

[*Texte*]

I was asked by the clerk of the committee to speak about access and resources, but I was assured by the researcher that I would not have to come in with hard figures about dollars. I am not a health care economist. What I would like to do is give you the perspective of a front-line physician in downtown Toronto in Ontario. I will divide the presentation between both access and resources.

Principle 4 of the National AIDS Strategy talks about equal rights. This is the National AIDS Strategy put out by the Hon. Perrin Beatty in June 1990. It says that persons with HIV and AIDS have the same rights as other Canadians to confidentiality, community support and appropriate health care. Unfortunately, this is not the practice as far as access to physicians goes.

In Ontario it seems that patients who are HIV infected and who live in smaller communities and rural areas do have difficulty finding physicians who can take care of them. I would like to give you an anecdote about a patient who came to see me about two weeks ago. I will not mention the place he came from, but it was a community of about 100,000 people. He was diagnosed as HIV infected in early January. He travelled quite a distance to my office and told me he was tested by his physician. When the result came back, his doctor sat him down and said, you know as much about AIDS as I do; you had better find somebody who knows about it.

• 1520

It has been approximately 11 weeks since the entire process started. I guess he was tested positive in November, not early January. Eleven weeks after his diagnosis, he said he still had not had the results of any standard or routine investigations into his HIV status. I do note that on page 49 of the national strategy blueprint, it says:

> Diagnostic procedures such as immune-system T4 cell counts and other state-of-the-art diagnostic tools should be more readily available.

This man has still not received results of tests that in Toronto take two to three weeks. It has been 11 weeks and he has seen nothing. So there is a problem of access to physicians in rural areas. In Toronto we know from experience that many patients travel or commute to receive their care in Toronto, and others in fact move to Toronto from smaller communities.

The problem is not only confined to rural areas. There are problems within the large urban centres with general practitioners who, upon diagnosing a newly infected patient, tell their patients the very same thing the rural doctors

[*Traduction*]

Le greffier du comité m'a demandé de parler de l'accès aux soins et des ressources disponibles, mais il m'a assuré que je n'aurais pas à vous citer de chiffres précis sur les montants en cause. Je ne suis pas un économiste spécialiste des soins de santé. Ce que j'ai l'intention de faire aujourd'hui, c'est de vous présenter le point de vue d'un médecin de première ligne du centre-ville de Toronto, en Ontario. Mon exposé portera sur deux points, à savoir l'accès aux soins et les ressources disponibles.

Le quatrième principe directeur énoncé dans la Stratégie nationale sur le sida porte sur les droits égaux. Il s'agit de la Stratégie nationale sur le sida annoncée par l'honorable Perrin Beatty en juin 1990. Selon ce document, les personnes atteintes du VIH et du sida ont droit, au même titre que tous les autres Canadiens, à la confidentialité, au soutien communautaire et à des soins appropriés. Malheureusement, cela n'est pas vrai en ce qui concerne l'accès aux médecins.

En Ontario, il semble que les patients infectés par le VIH qui vivent dans les petites collectivités et les régions rurales ont du mal à trouver un médecin qui veuille s'occuper d'eux. J'aimerais vous conter une anecdote sur un patient qui est venu me voir il y a deux semaines environ. Je ne vous dirai pas d'où il vient, mais c'est une ville d'environ 100,000 habitants. Il a su au début de janvier qu'il était infecté par le VIH. Il est donc venu me voir à mon cabinet, après avoir parcouru une distance considérable, et m'a dit que son médecin lui avait fait subir des tests. Quand les résultats de ces tests sont arrivés, le médecin a fait asseoir son patient et lui a dit qu'il en savait probablement autant que lui-même sur le sida et qu'il devrait essayer de trouver quelqu'un qui en connaisse davantage à ce sujet.

Cela fait environ 11 semaines que toute cette affaire a commencé. En fait, je pense qu'il a reçu les résultats de ses tests en novembre, et non pas au début de janvier, donc, 11 semaines après le diagnostic, il m'a dit qu'il n'avait pas encore reçu les résultats des analyses de routine effectuées pour savoir où en était exactement la progression du VIH. J'attire votre attention sur le passage suivant de la Stratégie nationale, qui se trouve à la page 54 du plan d'action:

> Il faudrait accroître la disponibilité des méthodes de diagnostic comme le décompte des cellules T4 et d'autres outils avancés de diagnostic.

Cet homme n'avait pas encore reçu les résultats de tests qui, à Toronto, prennent deux ou trois semaines. Il n'avait encore obtenu aucun résultat après 11 semaines. L'accès aux médecins pose donc un problème dans les régions rurales. A Toronto, nous savons d'expérience que beaucoup de patients viennent de loin pour se faire soigner à Toronto; il y en a même, parmi ceux qui viennent de petites localités, qui s'installent dans cette ville.

Mais le problème ne se limite pas aux régions rurales. Il y a aussi dans les grands centres des médecins généralistes qui disent à leurs patients, après avoir diagnostiqué une infection récente, la même chose que les médecins des

[*Text*]

might: they do not know about AIDS and they had better find someone who does. It is obviously easier for patients who live in urban areas because they do not have to move out of their communities, but they do have to transfer doctors.

I will tell you another story of a new patient I saw in December who was diagnosed with AIDS in June 1990. He went to see his doctor in the summer with complaints of an earache. This patient had had a 10-year professional relationship with his doctor. The patient went into the doctor's office, according to the story he told me, and said he had an earache. The doctor said he did not have time to look at his ear. The patient asked what he was going to do about his earache, and the doctor told him to try a medication he gave him. The patient told him he had not even looked at his ear. The doctor said he was sorry, but he did not have the time. That was the last time the patient saw that doctor, but it took him until about December to finally make his way to someone who he felt knew about AIDS. So there is a problem, and I will talk about it later, for patients finding a physician with expertise in large urban centres.

The other problem with access is the different standards and access to treatment for patients infected with HIV and patients who have AIDS. For example, in downtown Toronto we have what is called the Aerosol Pentamidine Clinic. Pentamidine is a drug given to prevent the life-threatening pneumonia called pneumocystis carini pneumonia. In Toronto there is a clinic that administers this drug to HIV-infected patients. It is unique in the world in that it is an example of a cost-efficient means of providing treatment to a large number of people in a large urban centre to prevent serious illness. This drug is given to HIV-infected patients who have not developed AIDS.

In Toronto patients easily get this drug. However, in other areas in Ontario and, I believe, across Canada, it is much more difficult to get this drug in the manner it is given in Toronto. It is difficult to get the drug before one gets AIDS. There are no other clinics that I am aware of, although there have been applications for funding to some of the local hospitals. Some patients can buy their own machines, but it certainly is not as easy as in Toronto.

The second issue is the payment of AZT. So far in Ontario the provincial government has made a policy decision to continue funding AZT for all HIV-infected patients. I do not know what the policy is going to be in other provinces. I do know that Principle 1 of the National AIDS Strategy says:

> No sustainable achievement can be realized unless full cooperation exists between Canadians, governments at all levels. . .

as well as numerous other groups. One of the problems governments at all levels are going to have to solve is payment of these very expensive drugs for people who have catastrophic illness. There is a federal-provincial-territorial

[*Translation*]

régions rurales, à savoir qu'ils ne connaissent rien au sida et que leurs patients devraient trouver quelqu'un d'autre qui soit plus compétent en la matière. C'est bien sûr plus facile pour les patients qui vivent en ville parce qu'ils n'ont pas à quitter leur milieu, mais ils doivent quand même changer de médecin.

Je vais vous raconter aussi l'histoire d'un nouveau patient que j'ai reçu en décembre et dont le sida a été diagnostiqué en juin 1990. Il est allé voir son médecin au cours de l'été, se plaignant d'un mal d'oreille. Ce patient voyait ce médecin depuis 10 ans. Il est donc allé chez son médecin, d'après ce qu'il m'a dit, et lui a dit qu'il avait mal à l'oreille. Le médecin lui a répondu qu'il n'avait pas le temps d'examiner son oreille. Le patient a donc demandé ce qu'il devait faire, et le médecin lui a donné un médicament en lui recommandant de l'essayer. Le patient lui a fait remarquer qu'il n'avait même pas examiné son oreille. Le médecin a répliqué qu'il était désolé, mais qu'il n'avait pas le temps. C'est la dernière fois que ce patient est allé voir ce médecin, mais il lui a fallu attendre jusqu'au mois de décembre pour trouver enfin quelqu'un qui semblait connaître le sida. Il y a donc un problème, dont je vais parler un peu plus tard, en ce sens que les patients ont parfois du mal à trouver un médecin compétent même dans les grandes villes.

L'autre problème d'accès, c'est l'écart entre les normes et l'accès au traitement pour les patients infectés par le VIH et ceux qui sont atteints du sida. Par exemple, il existe au centre-ville de Toronto un centre où l'on administre un médicament appelé pentamidine en aérosol pour prévenir une pneumonie mortelle appelée pneumonie à pneumocystis carinii. A Toronto, donc, cette clinique administre ce médicament aux patients infectés par le VIH. C'est un cas unique au monde, en ce sens que c'est un exemple de solution rentable pour traiter de nombreux patients dans un grand centre urbain pour prévenir une maladie très grave. Ce médicament est administré aux patients infectés par le VIH qui n'ont pas le sida.

A Toronto, les patients peuvent se procurer ce médicament facilement. Cependant, dans d'autres régions de l'Ontario et, si je ne me trompe, du Canada, il est beaucoup plus difficile de l'obtenir de cette façon, du moins tant que l'on n'a pas le sida. A ma connaissance, il n'existe aucune autre clinique de ce genre, bien que certains hôpitaux locaux aient demandé des fonds à cette fin. Les patients peuvent acheter leurs propres appareils, mais ce n'est certainement pas aussi facile qu'à Toronto.

Il y a aussi la question du remboursement de l'AZT. Jusqu'ici, le gouvernement de l'Ontario a pour politique de continuer à payer l'AZT pour tous les patients infectés par le VIH. Je ne sais pas qu'elle sera la politique à ce sujet dans les autres provinces. Mais je sais que le premier principe directeur énoncé dans la Stratégie nationale sur le SIDA est le suivant:

> Rien de durable ne se fera en l'absence d'une collaboration totale entre les Canadiens, tous les paliers de gouvernements. . .

et de nombreux autres groupes. Les gouvernements de tous les paliers devront notamment se demander comment ils vont payer ces médicaments très coûteux pour les patients souffrant de maladies extrêmement graves. Il existe un comité

[*Texte*]

committee on AIDS that unfortunately has not met since March 1989, when they last met in Fredericton, New Brunswick. Again, I do refer to the National AIDS Strategy, which does state that to facilate such co-operation needed to remedy problems such as AZT payment:

> the federal government will propose that a committee of senior officials from the various jurisdictions meet regularly starting in the fall of 1990.

As far as I am aware, no such meetings have occurred.

Another problem of access to treatment is simply the awareness physicians might have of new treatments. There is inconsistency in knowledge of doctors across Canada, including those who have more expertise in the care of HIV. Hopefully this problem, at least for doctors who see large numbers of patients, will be remedied by the federal government-funded TISAH—that is, Treatment and Information System for AIDS and HIV—which I think has been progressing well but has not yet started up.

• 1525

The last area of access I want to mention is access to HIV testing itself; that is, the test that diagnoses to find out who is HIV infected. I am again referring to the National AIDS Strategy. On page 49, it says:

> The first step in effective treatment is timely and reliable diagnosis.

Part of the diagnosis depends on the availability of anonymous testing for HIV. Anonymous testing is a system where people can be tested without being identified at the testing site. There is a strong trend in the medical literature showing that more people come forward if there is anonymous testing. The availability of anonymous testing is inconsistent across Canada, and even within Ontario. Without the availability of anonymous testing, fewer people will come forward than should be coming forward for testing. It has been shown that the people who are at the highest risk of being HIV infected are the very ones who are often most reluctant to be tested in a system where they could be identified.

So in summary, under access, there is unequal access to physicians comparing urban areas to rural areas, but even within urban areas. There is unequal access to treatment—that is, availability of treatment and physician awareness of different treatments—and there is unequal access to anonymous testing across the province.

[*Traduction*]

fédéral-provincial-territorial du sida, qui ne s'est malheureusement pas réuni depuis mars 1989, à Frédéricton, au Nouveau-Brunswick. Encore une fois, je vous renvoie à la Stratégie nationale sur le SIDA, selon laquelle, pour faciliter la coopération nécessaire pour régler les problèmes de ce genre, par exemple le paiement de l'AZT:

> Le gouvernement fédéral proposera qu'un comité de hauts fonctionnaires de compétences diverses se réunisse régulièrement à partir de l'automne 1990.

A ce que je sache, il n'y a eu jusqu'ici aucune rencontre de ce genre.

L'accès aux traitements est également limité par le simple fait que les médecins ne sont pas toujours au courant des nouveaux traitements. Leurs connaissances à ce sujet sont très variables, dans tout le Canada, y compris parmi ceux qui ont une certaine expérience du traitement des malades infectés par le VIH. Il faut espérer que, du moins pour les médecins qui reçoivent beaucoup de patients, ce problème sera réglé grâce au Système d'information sur l'aide thérapeutique pour les patients atteints du sida et du VIH, qui est financé par le gouvernement fédéral et qui, malgré les progrès accomplis jusqu'ici, n'est pas encore en place.

Toujours sur cette question de l'accès au service, je tiens à mentionner pour finir l'accès au test de dépistage du VIH même, c'est-à-dire les tests qui permettent de diagnostiquer les infections par le VIH. Je vous renvoie encore une fois à la Stratégie nationale sur le sida, où l'on peut lire à la page 54:

> Un diagnostic à point nommé et fiable constitue la première étape d'un traitement efficace.

Ce diagnostic repose en partie sur la possibilité d'administrer des tests anonymes pour le dépistage du VIH. Dans un système de ce genre, on peut se faire tester dans un endroit prévu à cette fin, sans avoir à s'identifier. D'après la grande majorité des documents médicaux sur le sujet, il y a plus de gens qui acceptent ces tests s'ils peuvent conserver l'anonymat. Mais ces tests anonymes ne sont pas disponibles partout au Canada, et même en Ontario. Tant que cela ne sera pas le cas, les gens qui accepteront de subir ces tests seront moins nombreux qu'ils devraient l'être. Il a été démontré que ceux qui courent le plus de risques d'être infectés par le VIH sont ceux-là mêmes qui hésitent le plus souvent à subir des tests dans un système permettant de les identifier.

Donc, pour résumer, les patients des régions rurales ont plus de mal que ceux des grandes villes à trouver un médecin, mais cette inégalité d'accès existe également dans les centres urbains. Il y a également des inégalités dans l'accès aux traitements—tant en ce qui concerne l'existence même de ces traitements que la connaissance qu'en ont les médecins—et aux tests anonymes, selon les régions de la province.

[*Text*]

The second area I have been asked to discuss is resources. The unequal access to physicians discussed earlier, the complexity of caring for HIV-infected patients, and the penalties for doctors caring for large numbers of HIV-infected patients have produced an unprecedented lopsided distribution of many HIV-infected patients being located in very few practices.

For example, in the group I chair in Toronto, the HIV Primary Care Physicians Group, we have about 35 members. The busiest 17 members prescribe 42% of the AZT for those patients on AZT in the province. Extrapolating, we estimate that these 17 doctors probably treat over 40% of all HIV-infected patients in Ontario, which comes out to about 1% of all Canadian patients for each of those 17 downtown Toronto doctors.

The bottom 17 of our group care for about 1,000 patients, whereas the busiest 17 I just referred to care for 3,000—these are rough estimates—for a total of 4,000.

There are different reasons for this. One is that patients legitimately are attracted to physicians who have known expertise in what has become a very complicated disease and tend to locate themselves, sometimes voluntarily, in the practice of doctors who have expertise; that is, they might want to leave a doctor who is prepared to take them in order to go and see a doctor who is experienced.

Second, doctors without experience are overwhelmed by the complexity of the disease: the new treatments, the standard treatments, the alternate therapies available.

Third, there is a severe financial penalty and no incentive for physicians to take care of HIV-infected patients.

I would like briefly to run through an incomplete list of what is involved in caring for patients. Some of the easier parts are just simple educational counselling, but it is extensive, including HIV testing, counselling itself, explanation of immune function, explanation of the standard treatments for HIV—some of which are still experimental—explaining the different clinical trials in the country.

There is all the counselling psychotherapy to do with disability, death and dying, the loss of others to AIDS in certain communities, employment problems.

There is an unbelievable, endless list of interaction with other systems, which involves correspondence, phone calls, and form completion; for example, welfare, the judicial system including courts and lawyers, the prison system, public health, employers, insurance company, housing, AIDS community groups, home care. All these activities are unpaid.

[*Translation*]

On m'a également demandé de vous parler des ressources disponibles. A cause de la difficulté d'avoir accès aux médecins dans certaines régions, ce dont j'ai parlé tout à l'heure, de la complexité du traitement des patients infectés par le VIH et des inconvénients que doivent supporter les médecins qui soignent de nombreux patients infectés, il s'est produit un déséquilibre sans précédent dans la répartition de ces patients, dont beaucoup se retrouvent dans un petit groupe de cabinets très restreints.

Par exemple, le groupe que je préside à Toronto, le HIV Primary Care Physicians Group, compte environ 35 membres. Les 17 médecins les plus occupés de ce groupe prescrivent à eux seuls 42 p. 100 de l'AZT administré dans la province. Si l'on extrapole, on peut établir que ces 17 médecins traitent probablement plus de 40 p. 100 des patients infectés par le VIH en Ontario, ce qui représente environ 1 p. 100 de tous les patients canadiens, pour chacun de ces 17 médecins du centre ville de Toronto.

Les 17 autres membres de notre groupe soignent environ 1,000 patients, alors que les 17 qui sont les plus occupés, et dont je viens de parler, en soignent à peu près 3,000, pour un total de 4,000.

Cette situation s'explique de diverses façons. Tout d'abord, il est tout à fait normal que les patients soient plus portés à consulter des médecins qui possèdent une expérience reconnue d'une maladie qui est maintenant très compliquée; ils ont tendance à se retrouver, parfois volontairement, parmi la clientèle des médecins qui possèdent cette expérience. Autrement dit, ils décident parfois de quitter un médecin prêt à les soigner pour aller en voir un autre plus expérimenté.

Deuxièmement, les médecins qui ne possèdent pas cette expérience sont eux-mêmes dépassés par la complexité de la maladie, par les nouveaux traitements, les traitements classiques et les autres thérapies possibles.

Troisièmement, les soins des patients affectés par le VIH constituent un fardeau financier très lourd pour les médecins, qui n'y trouvent aucun avantage par ailleurs.

J'aimerais parcourir brièvement avec vous une liste incomplète des divers aspects du traitement de ces patients. Parmi les éléments les plus faciles, il faut mentionner les simples services de counselling et d'éducation, qui prennent toutefois beaucoup de temps puisqu'ils englobent les tests de dépistage du VIH, le counselling lui-même, l'explication de la fonction immunitaire et des traitements classiques pour le VIH, dont certains sont encore expérimentaux, ainsi que des différents essai cliniques qui se déroulent au pays.

Il faut également s'occuper de la psychothérapie nécessaire pour aider les patients à faire face à l'incapacité, à la mort, à la perte d'autres victimes du sida dans certains milieux, et aux problèmes d'emploi.

Il y a aussi une quantité inouïe de lettres à écrire, d'appels téléphoniques à faire et de formulaires à remplir pour entretenir des rapports avec les autres secteurs, par exemple l'aide sociale, le secteur judiciaire, et notamment les tribunaux et les avocats, les prisons, les services de santé publique, les employeurs, les compagnies d'assurances, les services de logement, les groupes communautaires s'occupant du sida et les services de soins à domicile. Aucune de ces activités n'est rémunérée.

[*Texte*]

I am not complaining, by the way, about my income. I know doctors are well paid. But it does take its toll on our time.

The other area that consumes our time vastly is form completion. I brought, again, an incomplete bagful of forms just to show you what we have to do, just particular to AIDS: a consent form for testing; an AIDS reporting form for newly diagnosed AIDS; AZT enrolment form; AZT renewal form; AZT baseline data form; AZT follow-up form; aerosol pentamidine enrolment form; aerosol pentamidine follow-up form; aerosol pentamidine consent form; ddI consent form—it is about five pages to go through with the patient; ddI registration form—that one is about four pages; ddI baseline data form; ddI laboratory data form; ddI follow-up data form; ddI patient treatment record; ddC consent form of seven pages—another AIDS drug data form. All these could be for one patient through the course of the illness.

• 1530

In Ontario we have the Ontario Drug Benefit Plan for people on welfare. It seems that many of the standard AIDS drugs we use require engaging special procedures to get drugs for patients with AIDS on welfare: forms in duplicate for ancylovier; forms in duplicate for gancylovier; forms in duplicate for alfainterferon; forms in duplicate for the standard pneumococcal vaccine; forms in duplicate for standard nutritional supplements like Ensure. An essay has to be written to the Ministry of Health to obtain a standard therapy for cryptococcal meningitis, which is a fungal meningitis, called fluconazol. You have to receive written approval back from the ministry before they will give you access to the drug.

This does not include the standard little prescription form on which normally you could write all these drugs or a special laboratory form for special immune tests or just the OHIP bill—we do have to get paid—which we have to fill out without complaining.

There is a distinction in the office work created by caring for HIV patients from other patients. Phone calls from patients increase in frequency as their disease advances. Under normal circumstances—if you can call it normal—we might get phone calls once a month just for getting results of tests. As patients get sicker we can get phone calls as often as three times a month. When people are dying we often get phoned daily. Many of us give our home numbers out to

[*Traduction*]

Soit dit en passant, je ne suis pas ici pour me plaindre de mon revenu. Je sais que les médecins sont bien payés. Mais il reste que cela nous prend beaucoup de temps.

Nous mettons également un temps considérable à remplir des formulaires. Encore une fois, j'ai apporté toute une pile de formulaires simplement pour vous montrer ce que nous devons faire, seulement pour le sida, et je n'ai même pas apporté tous les formulaires nécessaires. Il y a un formulaire de consentement aux tests, un formulaire de rapport sur le sida, pour les cas nouvellement diagnostiqués, un formulaire d'inscription pour recevoir de l'AZT, un formulaire de renouvellement de l'AZT, un formulaire de données de base sur l'AZT, un formulaire de suivi sur l'AZT, un formulaire d'inscription pour l'administration de pentamidine en aérosol, un formulaire de suivi sur la pentamidine en aérosol, un formulaire de consentement aux traitements par pentamidine en aérosol, un formulaire de consentement aux traitements de DDI, qui comporte environ cinq pages à parcourir avec le patient, un formulaire d'inscription aux traitements DDI, qui compte environ quatre pages, un formulaire de données de base sur le DDI, un formulaire de données laboratoire sur le DDI, un formulaire de suivi sur le DDI, un dossier de traitement au DDI, un formulaire de consentement aux traitement par DDC, qui comprend sept pages, encore un autre formulaire de données sur les médicaments administrés au patient souffrant du sida. Il pourrait arriver qu'un même patient ait à remplir tous ces formulaires à une étape ou à une autre de sa maladie.

En Ontario, nous avons aussi le Régime de médicaments gratuits pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Il faut encore d'autres formalités pour obtenir bon nombre de médicaments pour traiter les malades atteints du sida, quand ceux-ci bénéficient de l'aide sociale: des formulaires en double exemplaire pour l'ancylovier, des formulaires en double exemplaire pour le gancylovier, des formulaires en double exemplaire pour l'alfainterferon, des formulaires en double exemplaire pour le vaccin antipneumococcique courant, et des formulaires en double exemplaire pour des suppléments nutritionnels pourtant très répandus comme Ensure. Il faut écrire toute une dissertation au ministère de la Santé pour obtenir un médicament appelé fluconazol, utilisé couramment pour traiter la cryptococcose, qui est une méningite d'origine fongique. Et il faut attendre d'avoir obtenu du ministère une approbation écrite avant d'avoir accès à ce médicament.

Et cela ne comprend pas la vulgaire formule d'ordonnance sur laquelle on devrait normalement povoir inscrire tous ces médicaments, les formulaires de laboratoires pour demander des test spéciaux du système immunitaire, ou tout simplement la facture de l'OHIP, puisqu'il faut bien nous faire payer, que nous devons remplir sans nous plaindre.

La paperasserie nécessaire pour les patients atteints du VIH n'est pas la même que pour les autres patients. En outre, les appels téléphoniques que nour recevons de ces patients se font de plus en plus fréquents au fur et à mesure que leur maladie progresse. En temps normal, si l'on peut dire, les patients peuvent nous téléphoner une fois par mois simplement pour avoir les résultats de leurs tests. Mais quand ils sont plus malades, ils peuvent nous appeler jusqu'à

[*Text*]

patients who are dying of AIDS at home and we are phoned at home.

Patients ask that their laboratory data be copied. I meant to bring a patient's chart and I am sorry I did not. I cannot tell you how thick these charts get with monthly laboratory results. It creates office tension for doctors like myself who are in group practice, because of the extraordinary amount of clerical work created for the office staff, particularly with monthly filing of results, and the charts.

The doctor-to-patient interaction is unique. There are complex ethical dilemmas occurring at an incidence unprecedented and unknown in general practice. Patients, rightfully so, are extremely well informed and request detailed information and explanations on every aspect of care and treatment. Physicians have to be able to respond to ongoing media reports including the lastest *New York Times* headlines on the Kenyan wafer biscuit.

There is no such thing as a routine visit. Every visit brings forth multiple issues. There is a whole area of house calls, which is financially a loser for any doctor in private practice. For example, in September I was called to declare a man dead at his home. I left my house at 11.15 at night. I got home at 1.15 in the morning. The Ontario Health Insurance Plan paid me $62. I am not complaining; I am prepared to do it. But there is no incentive for any doctor who does not do it to proceed in this way.

There are problems with palliative care and pain control, and there are special problems of injection with drug users. Other pressures on doctors include the rapidly changing standards of medical therapy; the dozens of alternate complementary therapies that patients get through the underground; the emotional strain of young persons wasting and dying; the request for relatively few physicians to participate in government professional committees, professional clinic days, clinical trials, and I suppose to testify at committees like this. Often the same half-dozen of us get hit for all the presentations. Again, I am not complaining; I am just trying to inform you.

In Toronto the media and patients have identified a small number of physicians as AIDS doctors. Almost all new patients coming to the practices of these doctors are HIV infected. In some practices non-HIV-infected patients are

[*Translation*]

trois fois par mois. Et quand la mort approche, ils nous téléphonent souvent tous les jours. Nous communiquons souvent notre numéro de téléphone à la maison aux patients qui meurent du sida chez eux, et ils nous téléphonent chez nous.

Les patients nous demandent de faire copier les données de laboratoire qui les concernent. Je voulais vous apporter un dossier, et je suis désolé de ne pas l'avoir fait. Vous ne pouvez pas savoir à quel point ces dossiers deviennent volumineux, puisqu'on y ajoute chaque mois les résultats de nouveaux tests de laboratoires. Cela crée des tension pour les médecins comme moi qui pratiquent en groupe à cause de la quantité phénoménale de travail que cela entraîne pour les commis, en particulier à cause du classement mensuel de ces résultats et des dossiers des patients.

La relation entre le médecin et son patient est tout à fait particulière. Nous devons faire face à des dilemmes déontologique très complexes à une fréquence tout à fait sans précédent et sans équivalent en pratique générale. Les patients, à juste titre d'ailleurs, sont très bien informés et demandent des renseignements et des explications détaillés sur tous les aspects des soins et des traitements dont ils font l'objet. Les médecins doivent être en mesure de répondre aux comptes rendus que publient sans cesse les médias, par exemple, la gaufrette du Kenya qui a récemment fait la manchette du *New York Times*.

Avec ces patients, il n'y a pas de visite de routine. Chaque visite soulève de nombreuses questions. Nous devons souvent aussi faire des visites à domicile, ce qui n'est absolument pas rentable pour les médecins de pratique privée. Par exemple, au mois de septembre, on m'a appelé pour que je constate le décès d'un homme qui était mort chez lui. Je suis parti de chez moi à 23h15 et je suis rentré à 1h15 du matin; le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario m'a versé 62$. Je ne me plains pas; je suis prêt à le faire. Mais les médecins qui ne travaillent pas de cette façon ne sont absolument pas encouragés à le faire.

Les soins palliatifs et la maîtrise de la douleur causent également des problèmes particuliers, tout comme l'injection des médicaments dans le cas des toxicomanes. Les médecins doivent également faire face à d'autres types de pressions, notamment l'évolution rapide des normes thérapeutiques, les nombreuses thérapies complémentaires que les patients se procurent par des moyens parfois peu orthodoxes, la tension affective causée par le dépérissement et la mort de jeunes patients, et le fait que des médecins relativement peu nombreux soient appelés à participer à des comités professionnels gouvernementaux, à des séances de formation professionnelle, à des essais cliniques, et, je suppose, aux travaux de comités comme le vôtre. C'est souvent la même demi-douzaine de médecins qui doit faire tout ce travail. Encore une fois, je ne me plains pas, j'essaie simplement de vous informer.

A Toronto, les médias et les patients ont fini par percevoir un petit groupe de médecins comme des spécialistes du sida. Presque tous les nouveaux patients qui se présentent chez ces médecins sont affectés par le VIH. Dans certains

[*Texte*]

leaving. There was a report in the journal of the American Medical Association in 1989 surveying patients in the United States. In that survey, over 25% of the patients surveyed reported that they would switch doctors if they knew their doctor was treating someone with AIDS or HIV.

It is difficult to find substitute doctors when we go on holiday, because you need someone who is experienced with HIV. I personally know of two instances of HIV doctors who wanted to join other practices, but were refused when the practices found out about the numbers of patients they were going to bring with them. Then there is the impossibility of selling your practice, and this is done in medicine. You sell good faith. But HIV practices are worth nothing in the professional market. Even though it is a cruel way of putting it, it is true.

I say all this to you just to show you that there is not much incentive for physicians to come into this area. I think there has been a failure of professional organizations to support the few doctors across Canada who do this work. I have to take a swipe at one of my own professional organizations, the College of Family Physicians of Canada. I think it is an undistinguished organization. Our group in Toronto has not heard from them in any fashion in three years of our existence. We have been basically abandoned by that organization whose mandate is primary care.

• 1535

On the other side, some professional organizations do try to help. The Ontario Medical Association has set up a one-week clinical traineeship which it runs annually in Toronto. It has lobbied on our behalf for certain help from the Ontario government. It has written editorials calling on the profession to contribute.

In conclusion, as I mentioned, there is unequal access to physicians, to treatment and to testing. In the resource areas, as far as doctors go, there is a massively disproportionate distribution of HIV-infected patients to a few physicians who are tiring and are weary from the work and have sort of felt abandoned by professions and by government, the details of which I have really not mentioned until now.

I think I will stop there. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Berger, for certainly the obvious experience you have had and some of the problems you have outlined so vividly to the members of the committee.

I will move into a round of questioning. Dr. Pagtakhan, would you like to lead off, please?

[*Traduction*]

cas, les autres patients de ces médecins s'en vont. Ainsi, le journal de la American Medical Association publiait en 1989 les résultats d'une enquête effectuée sur des patients américains; plus de 25 p. 100 ont indiqué qu'ils changeraient de médecin s'ils savaient qu'ils traitent une personne atteinte du sida ou du VIH.

Il nous est difficile de nous trouver des remplaçants quand nous partons en vacances, parce que nous devons trouver quelqu'un qui connaît bien le VIH. Je connais personnellement deux médecins qui traitent des personnes affectées par le VIH et qui voulaient se joindre à d'autres cabinets, mais qui n'ont pas réussi à le faire quand ces cabinets se sont rendu compte du nombre de patients que ces médecins apportaient avec eux. Il est en outre impossible de vendre notre pratique, ce qui se fait en médecine. On vend sa bonne foi. Mais les pratiques qui se composent de malades atteints du VIH ne valent rien sur le marché professionnel. Bien sûr, c'est une façon crue de présenter la chose, mais c'est vrai.

Si je vous dit tout cela, c'est simplement pour vous montrer que les médecins ne sont guère encouragés à se lancer dans ce genre de travail. Il me semble que les organisations professionnelle n'ont pas fait ce qu'elles auraient dû faire pour appuyer les quelques médecins qui font ce travail au Canada. Je dois en particulier adresser une critique à ma propre organisation, le Collège des médecins de famille du Canada, qui ne mérite pas de félicitations, d'après moi. Notre groupe de Toronto n'a jamais été contacté par cet organisme, de quelque façon que ce soit, depuis trois ans que nous existons. En fait, nous avons été purement et simplement abandonnés par cet organisme, qui a pourtant pour mandat de s'occuper des soins de première ligne.

En revanche, il y a d'autres organisations professionnelles qui essaient de nous aider. L'Association médicale de l'Ontario a mis sur pied un stage de formation clinique d'une semaine, qu'elle offre chaque année à Toronto. Elle a en outre fait des pressions en notre nom pour que nous obtenions de l'aide du gouvernement ontarien; elle a écrit des éditoriaux pour demander aux membres de la profession de faire leur part.

Pour conclure, comme je l'ai mentionné, il y a des inégalités dans l'accès aux médecins, aux traitements et aux tests. En ce qui concerne les ressources, pour ce qui est des médecins, il existe une concentration tout à fait disproportionnée de patients infectés par le VIH entre les mains de quelques médecins qui commencent à être fatigués et usés par ce travail et qui sont à peu près abandonnés par leur profession et par le gouvernement, ce dont je n'ai pas vraiment parlé en détail jusqu'ici.

Mais je pense que je vais m'arrêter ici. Merci.

Le président: Merci beaucoup, docteure Berger, de nous avons fait part de votre expérience personnelle et de nous avoir décrit de façon aussi vivante certains des problèmes auxquels vous devez faire face.

Nous allons maintenant passer à une série de questions. Docteur Pagtakhan, voudriez-vous commencer?

[*Text*]

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Thank you, Dr. Berger, for coming to us. I share your frustration. I was appalled at the number of forms as you were quickly trying to go through them. I could easily count more than a dozen forms. It is almost phenomenal in the history and the practice of medicine.

My first question relating to that would be: how many of these forms have to be filled out mandatorily and how many of these forms, in proportion, are part of a clinical study in which you may elect not to participate?

Dr. Berger: Most of these forms are mandatory, and I would include the clinical study forms because many of the drug forms I showed you, ddI and ddC, do come through the Emergency Drug Release Program under what is called the compassionate open protocol. It is not mandatory that I fill them out, but if I do not fill them out the patient does not get the drug, which in my view makes it mandatory. If I do not fill out the forms every month, the patient does not get the drug. So there is not much choice. Under the Ontario Drug Benefit Plan, if I do not fill out the forms, again the patients do not get those half-dozen drugs I listed.

The AIDS reporting forms—and I have not mentioned this point—most of these 17 doctors, except for one, do not fill out the reporting of newly diagnosed AIDS cases, just because no one has chased them for it. What we tend to do is not comply if we can get away with it, but one of the bad effects of not complying with filling out the AIDS reporting forms is that it leads to a gross underestimate of the cases that you read as reported from the Federal Centre for AIDS.

About a year and a half ago a medical officer of health from the City of Toronto came to our group and asked the question to about 30 GPs there: how many of you routinely fill out AIDS reporting cases upon new diagnosis of AIDS? Not one single hand in the room went up. In my opinion, this means there are hundreds of cases that have not been reported from this group of very busy general practitioners. The reason is not that the doctors do not want to co-operate. We realize how important it is to get the correct figures; we just do not have the time to fill out another two-page form.

There has been a pilot project in the City of Toronto that lasted a year and for logistical reasons did not work the second year. But I still think it is a good idea, and that is to send in public health nurses, who swear oaths of confidentiality, to fill out the AIDS reporting forms from the doctor's charts after the doctor designates which of the patients fulfil the criteria for AIDS.

[*Translation*]

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Merci, docteure Berger, d'être venu nous voir. Je partage votre sentiment de frustration. J'ai été absolument consterné de voir le nombre de formulaires que vous devez remplir, et que vous nous avez énumérés rapidement. J'en ai facilement compté plus d'une douzaine. C'est presque phénoménal dans l'histoire et dans la pratique de la médecine.

Ma première question porte donc sur cet aspect de votre travail: combien y a-t-il de ces formulaires qui doivent obligatoirement être remplis et combien y en a-t-il, proportionnellement, qui font partie par exemple d'une étude clinique à laquelle vous pouvez choisir ou non de participer?

Dr Berger: La plupart de ces formulaires sont obligatoires, y compris les formulaires portant sur l'étude clinique parce que bon nombre des formulaires d'obtention de médicaments que je vous ai montrée, par exemple celles qui concernent le ddI et le ddC viennent du Programme de médicaments d'urgence, en vertu de ce qu'on a appelé le protocole de libre accès aux médicaments pour des fins humanitaires. Je ne suis pas obligé de remplir ces formulaires, mais si je ne le fais pas, mon patient n'obtient pas son médicament; donc, d'après moi, c'est une obligation. Si je ne remplis pas ces formulaires chaque mois, les patients n'obtiennent pas leurs médicaments. Je n'ai donc pas tellement le choix. En outre, si je ne remplis pas les formulaires relatifs au Régime de médicaments gratuits de l'Ontario, mes patients ne peuvent pas non plus obtenir la demi-douzaine de médicaments que j'ai énumérés tout à l'heure.

Je n'en ai pas fait mention auparavant, mais la plupart de ces 17 médecins, sauf un, ne remplissent pas les formulaires servant à signaler les nouveaux cas de sida, tout simplement parce que personne ne les a jamais obligés à le faire. En général, nous avons tendance à nous dérober à nos obligations de ce genre si nous le pouvons, mais bien sûr, si nous ne remplissons pas les formulaires de rapport sur le sida, l'inconvénient, c'est que les rapports du Centre fédéral sur le sida sous-estiment considérablement le nombre de cas.

Il y a un an et demi environ, un médecin hygiéniste de la ville de Toronto est venu voir notre groupe et nous a demandé combien de médecins, sur la trentaine de membres du groupe, font régulièrement rapport des nouveaux cas de sida qu'ils diagnostiquent? Il n'y a pas un seul des médecins présents dans la salle qui a levé la main. À mon avis, cela signifie que ce groupe de médecins généralistes, particulièrement occupés, ont passé sous silence des centaines de cas de sida. Ce n'est pas parce qu'ils ne veulent pas coopérer; nous nous rendons bien compte à quel point il est important de disposer de chiffres exacts, mais nous n'avont tout simplement pas le temps de remplir encore un autre formulaire de deux pages.

La ville de Toronto a mis sur pied un projet pilote qui n'a duré qu'un an et qui, pour des raisons d'organisation, n'a pas fonctionné pendant la deuxième année où il était prévu. Mais je pense quand même que c'était une bonne idée; ce projet consistait à envoyer des infirmières hygiénistes, qui avaient juré de garder le secret, pour remplir les formulaires de rapports sur le sida à partir des dossiers des médecins après que ceux-ci leur eurent donné la liste de leurs patients présentant les symptômes du sida.

[*Texte*]

In summary, almost all of these have to be filled out in order for a patient to gain access to drugs.

Mr. Pagtakhan: From your own experience, which of course is very extensive with this particular disease, and having gone through those forms, would you have any specific recommendation to put through the committee to the authorities to whom you have conveyed your suggestions, if you have, and the suggestions have fallen on deaf ears?

Dr. Berger: I would have two suggestions. One is that I think there should be one standard form for collection of data on drugs released through the EDRP or open compassionate trials. These forms are all different, yet they are collecting all the same information. I think the proper authorities within the Department of National Health and Welfare and the pharmaceutical industry must get together and devise one standard form that we can get used to. This can be applied to any new drug that comes through in the manner we are used to; that is, initially through EDRP.

• 1540

The second recommendation I would make is something that is just beginning in the City of Toronto, a pilot project for these downtown doctors. The provincial government is planning to hire data collectors to go into the offices of private physicians and again, on oaths of confidentiality, collect this very important clinical information and put it onto the forms so that the doctors do not have to do it.

One of the problems with the doctors not completing these forms is that very valuable information on the toxicity and the effect of these drugs does not get out. It is not that we are opposed to the information getting out. We just do not have the time to spend eight weeks—and that is what it would probably be per year—on nothing but paperwork. That is the second recommendation: hire data collectors to come in and collect the information.

Mr. Pagtakhan: I am glad you raised that because that would have been my next question: who does it most? As it now stands, it is obvious that it is the physician. Who has to do the simple educational counselling? Is it the doctor himself or herself alone, or could this be undertaken by others? To what degree can the physicians be released from the responsibility?

Dr. Berger: Again, I think that is a good question. Some of this can be done by other people. For example, some of the counselling required before someone gets HIV testing, some of the counselling for people to follow safe sex guidelines, could be done by the community organizations, public health organizations. What is difficult for anybody else to do, other than physicians, is counselling around medical therapies, clinical trials, new drugs. There is a drug that we

[*Traduction*]

En bref, il faut remplir à peu près tous ces formulaires pour que le patient puisse recevoir ses médicaments.

M. Pagtakhan: D'après votre expérience personnelle, qui est bien sûr très approfondie dans le cas de cette maladie, et après nous avoir montré tous ces formulaires, avez-vous des recommandations précises à soumettre, par l'entremise du comité, aux autorités à qui vous avez déjà présenté des suggestions, le cas échéant, mais qui ne vous ont pas écouté?

Dr Berger: J'aurais deux suggestions à faire: la première, c'est qu'il devrait exister selon moi un formulaire normalisé pour la collecte de données sur les médicaments fournis dans le cadre du Programme de médicaments d'urgence ou des essais libres pour des raisons humanitaires. Ces formulaires sont tous différents, et pourtant ils servent à recueillir les mêmes renseignements. Je pense que les autorités compétentes, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et dans l'industrie pharmaceutique, devraient se réunir pour concevoir un formulaire normalisé auquel nous pourrions nous habituer et que nous pourrions utiliser pour tous les nouveaux médicaments qui sont fournis de la façon habituelle, c'est-à-dire, au début, par l'entremise du Programme de médicaments d'urgence.

Ma deuxième recommandation porte sur un projet-pilote qui vient tout juste d'être entrepris à Toronto pour le groupe de médecins du centre-ville dont je vous ai parlé. Le gouvernement provincial projette d'embaucher des collecteurs de données qui se rendront dans le bureau de ces médecins et qui, encore une fois sous le sceau du secret, recueilleront cette information clinique de la plus haute importance et l'inscriront sur les formulaires prévus à cette fin, pour que les médecins n'aient pas à le faire.

Quand les médecins ne remplissent ces formulaires, on perd une information très importante sur la toxicité et l'efficacité de ces médicaments. Nous ne nous opposons pas à ce que cette information soit consignée, mais nous n'avons tout simplement pas le temps de consacrer huit semaines par année, ou à peu près, à de la simple paperasserie. Voilà donc notre deuxième recommandation: embaucher des collecteurs de données chargés de recueillir l'information dans les bureaux des médecins.

M. Pagtakhan: Je suis content que vous ayez soulevé cette question parce que je voulais justement vous demander à qui revient cette tâche la plupart du temps. À l'heure actuelle, il est évident que c'est le médecin qui s'en charge. Qui doit s'occuper des simples tâches d'éducation et de counselling? Est-ce le médecin lui-même, ou y a-t-il d'autres personnes qui pourraient s'en charger? Dans quelle mesure est-il possible de dégager les médecins de cette responsabilité?

Dr Berger: Encore une fois, je pense que c'est une question intéressante. Il y a certaines de ces tâches qui peuvent être confiées à d'autres personnes. Par exemple, le counselling nécessaire avant qu'un patient ne se soumette à un test de dépistage du VIH et l'éducation sur les pratiques sexuelles sans risque pourrait être confiée à des organismes communautaires ou à des organismes de santé publique. En revanche, il serait difficile de demander à quelqu'un d'autre

[*Text*]

have had access to in the last month or so called ddC. It is an untested drug. There is not much published about it. It is really the responsibility of the physicians to educate and inform patients before they take the drug.

So on the therapy side, I think it is difficult to substitute. On the HIV testing and safe sex counselling, and perhaps on the psychotherapy, other people might be able to do it. The problem is that there is really no structure or framework for that to happen. Again in Toronto, the Toronto Department of Public Health, which has worked well with these downtown doctors in recent years, had a pilot project that placed public health nurses in doctors' offices to do some of the very counselling I have been talking about. The patients were quite receptive to it and it worked out. It relieved us and freed our time to do medical work.

Mr. Pagtakhan: I find delays of diagnostic tests almost like a malpractice situation, because treatment is dependent on diagnosis. I find any unreasonable delay unacceptable from the point of view of medical practice. Perhaps you could outline the suggested approach to improvement so that there will be no unnecessary delay. Perhaps you could also indicate how we could improve the availability of testing anonymously for the HIV infection.

Dr. Berger: There are two areas of access. One is the area of testing and it is fairly simple. You have to have the provincial government's agreement to fund, which is really not a big problem because, however they are tested, it costs money. There has been a raging debate in most provinces as to whether the setting up of anonymous testing clinic sites is proper from a public health viewpoint. Many public health officials, but not all, are opposed to anonymous testing. We could spend hours describing that debate, although there is no question that in the medical literature the trend is all in support of anonymous testing. That would be the way to do it: the provincial governments setting up anonymous testing sites.

In Ontario, where it is illegal, there has been anonymous testing in downtown Toronto for almost five and a half years. I just found out about another clinic, which even I was not aware of. It has been doing it for two years in the northern part of Toronto. So they are happening anyway. The provincial government has done nothing to stop it. It is just that there is unequal access. People travel to Toronto or go to Quebec, where it is available province-wide, from Ontario to get tested.

[*Translation*]

qu'à un médecin de conseiller les clients sur les thérapies médicales, les essais cliniques et les nouveaux médicaments. Nous avons accès depuis un mois environ à un nouveau médicament appelé ddC. Il n'a pas encore fait l'objet d'essai, et on n'a pas écrit grand-chose à son sujet. Donc, c'est véritablement le médecin qui est chargé d'éduquer et d'informer ses patients avant de leur administrer ce médicament.

Du point de vue thérapeutique, je pense qu'il est difficile de remplacer le médecin. Mais pour ce qui est des tests de dépistage du VIH et des conseils sur les pratiques sexuelles sans risque, et peut-être aussi de la psychothérapie, d'autres personnes pourraient être en mesure de se charger de ces tâches. Le problème, c'est qu'il n'existe à peu près pas de structures qui permettent cette répartition du travail. Toujours à Toronto, le Service municipal de santé publique, qui travaille depuis quelques années en étroite collaboration avec ces médecins du centre-ville, a mis sur pied un projet-pilote selon lequel des infirmières hygiénistes vont dans les cabinets des médecins pour s'occuper des tâches de counselling dont je viens de parler. Les patients ont très bien accueilli cette initiative, et tout a bien fonctionné. Cela nous a permis de nous libérer pour nous consacrer davantage à notre travail médical.

M. Pagtakhan: Il me semble que les retards dans les tests de diagnostic constituent presque des fautes professionnelles, parce que le traitement dépend nécessairement du diagnostic. Et je trouve que tout délai inutile est inacceptable du point de vue de la pratique médicale. Vous pourriez peut-être nous dire ce que vous proposez pour améliorer la situation, afin que ces retards inutiles soient chose du passé. Vous pouvez peut-être aussi nous indiquer comment vous vous y prendriez pour améliorer l'accessibilité aux tests anonymes de dépistage de l'infection par le VIH.

Dr Berger: Cette question de l'accès comporte deux volets. Il y a tout d'abord la question des tests, qui est assez simple. Il faut obtenir l'accord du gouvernement provincial pour qu'il fournisse les fonds nécessaires, ce qui ne pose pas vraiment de problème puisque les tests coûtent quelque chose, quelle que soit la façon dont ils sont administrés. On a assisté dans la plupart des provinces à un débat houleux sur le bien-fondé, du point de vue de la santé publique, de l'établissement de centres de dépistage anonyme. Il y a beaucoup de responsables de la santé publique qui sont contre les tests anonymes, quoique pas tous. Nous pourrions passer des heures à parler de cette question, mais il ne fait aucun doute que la plupart des ouvrages médicaux sont favorables à ce genre de test. Voici comment il faudrait procéder: les gouvernements provinciaux pourraient mettre sur pied des centres de tests anonymes.

En Ontario, où cette pratique est illégale, il se pratique des tests anonymes dans le centre-ville de Toronto depuis près de cinq ans et demi. Je viens d'entendre parler d'un autre centre de ce genre, que même moi, je ne connaissais pas. On y administre ce genre de tests depuis deux ans, dans le nord de Toronto. Donc, ces tests existent de toute façon. Le gouvernement fédéral n'a rien fait pour y mettre fin. Mais cela signifie qu'ils ne sont pas accessibles à tout le monde. Des gens de tout l'Ontario viennent à Toronto pour subir ces tests, d'autres vont au Québec, où ce genre de tests est disponible dans toute la province.

[*Texte*]

• 1545

The second area in terms of investigations, which is after diagnosis, has really to do with the education of physicians and informing physicians how to investigate a patient properly after they are diagnosed. My opinion is that the treatment information system for AIDS and HIV will help, but it will not be anywhere near enough. After discussion with many people over the years, I think the only way physicians who are not experienced in caring for patients will keep their patients is for them to be assigned a mentor, a mentor being a physician who has experience, where the mentor would be unconditionally available to the inexperienced doctor throughout the course of the patient's illness, so that when a doctor who has never had a patient before gets his or her first patient, they can phone up another physician, find out what to do, get back a month later when all the results come in, and follow through with that patient with the advice of an experienced physician. I think these things have to be set up regionally and they have to be funded so that the mentor gets paid. It will never work otherwise.

It is happening on an ad hoc limited basis right now in that those of us in Toronto anyway who are identified as having expertise in caring patients are phoned up by doctors in smaller communities, or sometimes doctors in Toronto itself. But the doctors who have one or two patients often do not want to infringe upon our time and feel almost apologetic for taking up a half-hour phone call. A half-hour phone call in a busy office today can be very disruptive for a practising physician.

In my view it should be funded so that the mentor will be available. Then I think there is some hope for doctors keeping their own patients, at least those who do not have other reasons for not wanting to do it.

The Chairman: Given the information you have told us, do you feel the information and statistics that are available in Canada today would not give a very accurate picture of the number of people who are affected by AIDS or are HIV positive?

Dr. Berger: In my opinion there is a severe underestimate. I will just pull out the most recent figures in preparation for this presentation. To give you one example, the December 3, 1990—at least that is the date published at the top—"Surveillance Update of AIDS in Canada" lists Ontario as having a cumulative total of 1,501 AIDS cases, yet the October 31, 1990, Ontario Ministry of Health Public Health Branch figure lists 1,843 AIDS cases being reported to Ontario as of October 31, 1990. Here you have two published reports where the federal figures listed are about 80% of the Ontario figures.

[*Traduction*]

En ce qui concerne l'investigation, qui suit le diagnostic, elle consiste en fait à informer les médecins et à leur montrer comment faire l'investigation d'un cas après leur diagnostic. A mon avis, le Système d'information sur les thérapeutiques pour le VIH sera utile, mais il est loin d'être suffisant. Après avoir discuté avec toutes sortes de gens depuis quelques années, j'en suis venu à la conclusion que les médecins qui n'ont pas l'expérience de ce genre de patients ne pourront les garder que s'ils peuvent faire appel à un mentor, c'est-à-dire à un médecin d'expérience qui serait à la disposition de son collègue moins expérimenté, sans condition, tout au long de la maladie du patient; donc, quand un médecin recevrait pour la première fois un patient de cette catégorie, il pourrait téléphoner à un de ses collègues pour savoir quoi faire, lui téléphoner de nouveau un mois plus tard quand il aurait obtenu tous les résulats et suivre ce patient en profitant des conseils d'un médecin expérimenté. Je pense que ce genre de programme doit être mis sur pied à l'échelle régionale et qu'il doit être financé de façon à ce que le mentor se fasse payer; il ne fonctionnera jamais autrement.

Cela se produit déjà de façon limitée, en ce sens que les médecins de notre groupe, à Toronto, qui possèdent une expérience reconnue dans ce domaine, reçoivent souvent des appels de médecins de petite ville et même parfois de Toronto même. Mais les médecins qui ont un ou deux patients de ce genre craignent souvent d'abuser de notre temps et s'excusent presque de nous parler au téléphone pendant une demi-heure. Il est vrai qu'un appel d'une demi-heure, au cours d'une journée très occupée, peut bouleverser complètement le travail d'un médecin praticien.

A mon avis, ce système devrait être financé de façon à ce que le mentor soit à la disposition de ses collègues. On pourrait alors espérer que les médecins gardent leurs propres patients, du moins quand ils n'ont pas d'autres raisons de ne pas vouloir les garder.

Le président: D'après les renseignements que vous nous avez donnés, pensez-vous que l'information et les statistiques disponibles au Canada aujourd'hui donnent vraiment une idée précise du nombre de personnes qui sont atteintes du sida ou qui sont infectées par le VIH?

Dr Berger: A mon avis, ce nombre est largement sous-estimé. Je vous citerai simplement les chiffres les plus récents, que j'ai consultés en prévision de ma comparution d'aujourd'hui. Pour vous donner un exemple, d'après l'édition du 3 décembre 1990—du moins c'est la date indiquée au haut de la page—de la «Mise à jour: surveillance du SIDA au Canada», il y aurait en Ontario un total cumulatif de 1,501 cas de sida et pourtant, d'après des chiffres publiés le 31 octobre 1990 par la Direction de la santé publique du ministère ontarien de la Santé, 1,843 cas de sida auraient été signalés en Ontario au 31 octobre 1990. Nous avons donc là deux rapports publiés qui ne font pas état des mêmes chiffres, les données du gouvernement fédéral correspondant à environ 80 p. 100 des données ontariennes.

[*Text*]

But that is not the real problem. The real problem is the under-reporting by physicians. The only way the cases are eventually picked up is on death certificates.

In our group when the second question was posed, the medical officer of health said, we now know that none of you fills out AIDS reports routinely; would you fill them out or assist us after the patient dies? The answer was, yes, we would, if you come and help us.

These figures are probably at least two years out of date on reported AIDS cases, which is not HIV. I cannot speak for the Toronto Department of Public Health, but I do know that at a presentation I attended in June last year at Toronto General Hospital their estimates were that there is a 50% under-reporting in the city of Toronto.

Mr. Karpoff (Surrey North): The whole question of AIDS is very complex and has so many elements to it, from purely medical, to care, to social attitudes. You are probably aware that the House has a special committee, a standing committee, that is dealing solely with it—it is not a formal standing committee, but it is an ongoing—

Ms Greene (Don Valley North): It is an ad hoc—

Mr. Karpoff: It is an ad hoc committee—

Mrs. Clancy (Halifax): Would that it were a standing committee!

Mr. Karpoff: —but it is an ongoing committee that is dealing solely with AIDS. They are putting in a fair amount of time and energy.

I want to limit my questions to two areas. The one thing that struck me when you started talking about the provision of front-line care is that it almost is impossible in a fee-for-service structure to do that. My own experience in Vancouver was at the St. Paul's Hospital where some of the physicians connected with the hospital started—at least initially; I am a little out of date the last couple of years—providing a great deal of the direct-line care where they had support people around them, nurses and clerical staff, to fill in.

• 1550

I am wondering whether in this type of situation a whole different model of medical practice has to be developed, or even within a clinical group that you start paying one doctor on salary, you start giving them some kind of support staff to work with them in order to be able to cope with it rather than try to deal with it on a fee-for-service basis. It is obvious that on a fee-for-service basis a physician is simply going to be swamped. He is going to lose financially, and eventually his patients are going to lose, both his AIDs patients and his non-AIDs patients.

Dr. Berger: That is tough question. In partial response, my own group practice has investigated the possibility of going on a capitation system of payment where one is paid per patient registered in a practice. I can tell you that under

[*Translation*]

Mais ce n'est pas là le noeud du problème. Le véritable problème, c'est que les médecins ne signalent pas tous les cas de sida. La seule façon de dénombrer ces cas, éventuellement, c'est de dépouiller les certificats de décès.

Le médecin hygiéniste qui est venu voir notre groupe nous a aussi posé une deuxième question, après avoir établi qu'aucun d'entre nous ne remplissait régulièrement de rapports sur le sida. Il nous a demandé si nous les remplirions ou si nous étions prêts à l'aider après la mort des patients. Nous avons répondu que oui, si on nous aidait.

Ces chiffres représentent probablement le nombre de cas de sida signalés il y a deux ans, et je ne parle même pas du VIH. Je ne peux pas me faire le porte-parole du Service de la santé publique de Toronto, mais je sais que l'Hôpital Général de Toronto estimait, lors d'une séance d'information à laquelle j'ai assisté en juin dernier, que la moitié seulement des cas de sida était signalée dans la ville de Toronto.

M. Karpoff (Surrey-Nord): Toute cette question du sida est très complexe et comporte de nombreux aspects, depuis les aspects purement médicaux jusqu'aux soins et aux attitudes sociales. Vous savez probablement que la Chambre a mis sur pied un comité spécial, ou un comité permanent, qui s'occupe seulement de cette question. Ce n'est pas un véritable comité permanent, mais il a un mandat permanent...

Mme Greene (Don Valley-Nord): C'est un comité spécial...

M. Karpoff: C'est un comité spécial...

Mme Clancy (Halifax): Si seulement c'était un comité permanent!

M. Karpoff: ...mais c'est un comité qui a le mandat permanent d'étudier uniquement le sida. Les membres de ce comité y consacrent beaucoup de temps et d'énergie.

Mes questions porteront sur deux points seulement. Il y a une chose qui m'a frappé quand vous avez commencé à parler des soins de première ligne, c'est qu'il est à peu près impossible de travailler de cette façon dans un système de paiement à l'acte. J'ai acquis mon expérience à Vancouver, à l'hôpital St-Paul, c'est là que les médecins rattachés à l'hôpital commençaient—au moins au début; j'ai un peu perdu le contact depuis deux ans—à fournir une bonne partie des soins directs avec l'aide du personnel de soutien qui les entourait, des infirmières et du personnel de bureau.

Je me demande si, dans ce genre de situation, il faut mettre au point un modèle de pratique médicale totalement différent, ou peut-être même au sein d'un groupe clinique peut-on se mettre à verser un salaire à un médecin, en lui donnant du personnel de soutien pour qu'il puisse faire face à la situation plutôt que d'essayer de s'en sortir avec le système de paiement à l'acte. Il est évident qu'avec le paiement à l'acte, le médecin sera simplement débordé. Il y perdra financièrement et, en fin de compte, ses patients y perdront, aussi bien ses patients atteints du sida que les autres.

Dr Berger: C'est une question difficile. Pour y répondre partiellement, nous avons, dans mon groupe, étudié la possibilité d'adopter un système d'honoraires fixés par tête, c'est-à-dire une rémunération par patient enregistré au

[*Texte*]

Ontario's guidelines my income would have gone down by 50% had I gone to a capitation system because all I do is take into account age and gender. The young men are paid about the lowest payment in the capitation system that there is. You do not expect men between 20 and 40 generally to be unhealthy, but in my practice they are dying.

Unless there is some accommodation for the nature of a practice, AIDS patients, other terminally ill patients, patients with multiple sclerosis—GPs sometimes become expertise in certain illnesses—capitation will never work.

Salary—I do not know. It is a whole different matter. I am not sure if going on salary would necessarily induce physicians into taking care of AIDS patients. I do not think it is necessarily the money that is preventing people. I think what is preventing people is the inequality that would probably occur under any system. A salaried doctor taking care of a large number of AIDS patients is going to work a lot harder and longer than a doctor being paid a similar salary who is not taking care of AIDS patients, if he is going to do the job properly.

My brother-in-law went to dinner the other night with a GP in Toronto who had one AIDS patient. She was whining and complaining, rightfully, about all the paperwork, and said that she will never do it again—one patient. I just do not know if fee systems or pay mechanisms will induce physicians to come into the field, which is my main concern—bringing doctors into it. I really do not know the answer.

Mr. Karpoff: Unless there is some other method of dealing with the pain and the paperwork and the counselling and all of that, it is sort of a non-solvable problem. For a physician like yourself, how could a provincial government go to you and say, look, we will give you an extra nurse, we will give you some type of public heath nurse, we will double your pay scale for patients who already have HIV? What kind of mechanism would it involve?

Dr. Berger: Some of it is being done, as I mentioned—the proposal to hire data collectors. You are not paying doctors more money but you are putting special staff in their office because they have a special practice, or sending in public health nurses to do counselling. In my office they did immunizations. I think there is a tale in there.

The incidence of active tuberculosis is much higher among HIV-infected patients. With people who have been exposed to tuberculosis in the past it becomes reactivated at a far greater rate in HIV. I just was not doing proper TB testing in my patients, as many of us had not been, because it involved an extra step. You did it in an ad hoc way.

[*Traduction*]

cabinet. Je peux vous dire que, d'après les lignes directrices de l'Ontario, mon revenu aurait diminué de 50 p. 100, si j'avais adopté le système d'honoraires par tête, parce qu'on ne tient compte que de l'âge et du sexe. Les hommes jeunes sont à peu près ceux qui payent le moins dans le système de capitation. On ne s'attend pas à ce que des hommes ayant entre 20 et 40 ans soient généralement en mauvaise santé, alors que les miens sont en train de mourir.

A moins de tenir compte de la nature de la clientèle, patients atteints du sida ou d'une maladie en phase terminale, patients atteints de sclérose en plaques—les généralistes acquièrent parfois de l'expertise dans certaines maladies—la capitation ne fonctionnera jamais.

Le salaire—je ne sais pas. C'est une question bien différente. Je ne sais pas si le fait de recevoir un salaire inciterait nécessairement les médecins à s'occuper de patients atteints du sida. Je ne pense pas que ce soit nécessairement l'argent qui les empêche de le faire. Je pense que c'est plutôt l'inégalité qui résulterait d'un système quelconque. Un médecin salarié s'occupant d'un grand nombre de patients atteints du sida travaillera beaucoup plus fort et beaucoup plus longtemps qu'un médecin recevant un salaire identique mais ne s'occupant pas de patients atteints du sida, si le premier fait son travail correctement.

Mon beau-frère est allé dîner l'autre soir avec une généraliste de Toronto dont un des patients a le sida. Elle gémissait et se plaignait, à juste titre, à propos de toute la paperasse et elle disait qu'on ne l'y reprendrait plus. . .un patient. Je ne sais si les régimes d'honoraires ou les modes de paiement pourront inciter des médecins à s'intéresser à ce domaine, c'est ce qui me préoccupe le plus—y amener des médecins. Je ne connais pas la réponse.

M. Karpoff: A moins qu'il n'y ait une autre façon de faire face à la douleur, à la paperasse, à l'aide psychologique, etc., c'est une sorte de problème insoluble. Comment le gouvernement provincial pourrait-il s'adresser à vous en disant, voilà, nous allons vous donner une infirmière de plus, une sorte d'infirmière de la santé publique, nous allons doubler votre rémunération pour les patients déjà atteints par le VIH? Quel genre de mécanisme cela nécessiterait-il?

Dr Berger: Cela se fait déjà en partie, comme je l'ai dit—la proposition d'engager des gens pour collecter les données. On ne paiera pas plus les médecins, mais on dotera leurs bureaux d'un personnel spécialisé, puisqu'il s'agit d'une pratique spéciale ou bien on enverra des infirmières de la santé publique pour s'occuper personnellement des patients. Dans mon bureau, elles faisaient les immunisations. Je pense que c'est une possibilité intéressante.

L'incidence de tuberculose active est beaucoup plus élevée chez les patients infectés par le VIH. En cas d'exposition antérieure à la tuberculose, celle-ci est réactivée dans une proportion beaucoup plus élevée avec le VIH. Je ne testais en fait pas de façon satisfaisante mes patients pour la tuberculose, comme c'était le cas pour beaucoup d'entre nous, parce que cela nécessitait une activité supplémentaire. On le faisait comme on pouvait.

[*Text*]

In my own practice the public health nurse came in on this pilot project and discovered seven people who tested positive to tuberculosis. We then treated preventively instead of waiting for them to develop active tuberculosis and end up in hospital, as happened to two other patients of mine. That is an example of where the government can send in people without charging the doctor, send in public health nurses to do preventive work and save the system money by treating people before they get sick.

That is one answer, data collected by public health nurses. The other answer is providing incentives for doctors to do the work. All I would ask is to bring the HIV doctors up to the same level as other doctors. You cannot and do not expect doctors to do house calls and home care when they can get paid the same amount of money in half the time in their offices.

There is no question that people choose to die at home. It is away less expensive to take care of them at home than have them die in an acute care hospital like Wellesley Hospital at $400 a day, which is happening to a patient of mine right now, and happened to one who died there two weeks ago. But if doctors are not going to provide medical services at home because it is a severe penalty, then patients are going to die in expensive acute care hospitals. That is the fee side of it. I am not sure putting them on salary is going to induce them, unless the salaries are awfully high.

• 1555

Mr. Karpoff: I have just one other question on this whole question of care, particularly the acute care, group homes, palliative care, hospices. What is the relationship the front-line physicians have with the organizations that are developing a range of care for people, not only medical care, but living care? What kinds of problems does that create in your practice?

Dr. Berger: I would like to speak on behalf of the group, because I think our group in Toronto has a fairly good relationship with the community groups and patient groups. For example, most of the doctors who take turns being on call for Casey House in Toronto, which is a well-known hospice, are the doctors from our group. The doctors in our group take a week at a time. There is a roster of a dozen or so of them. They cover for nightimes, weekends and emergencies as they arise at Casey House, and that is the major hospice. So there is a relationship.

We have to engage other systems for the patients' benefit. There is a nursing registry called Heart Registry that is specifically dedicated to patients dying of AIDS at home. Without a nurse from the Heart Registry I would be useless. I can tell you, you need a physician for home care; you need nursing support and you have to have family or a friend or community support. These are the three components. If any one is missing it does not usually work. It is not physicians alone. They are one element, but you need the other two.

[*Translation*]

L'infirmière de la santé publique est venue dans mon cabinet dans le cadre de ce projet pilote et a découvert sept personnes dont le test de tuberculose était positif. Nous les avons alors traités préventivement au lieu d'attendre que la maladie devienne active et que ces gens-là se retrouvent à l'hôpital, comme cela était arrivé à deux autres de mes patients. C'est un exemple de la façon dont le gouvernement peut décharger le médecin en envoyant des infirmières de la santé publique pour faire du travail préventif et réaliser des économies en traitant les gens avant qu'ils ne tombent malade.

Voilà une solution, les données rassemblées par des infirmières de la santé publique. L'autre solution est de trouver des façons d'encourager les médecins à faire le travail. Tout ce que je demande c'est que l'on mette les médecins s'occupant de VIH au même niveau que les autres. On ne peut pas s'attendre à ce que des médecins fassent des visites ou des soins à domicile quand ils peuvent gagner autant d'argent en deux fois moins de temps dans leur cabinet.

Il est évident que les gens préfèrent mourir chez eux. Il est toujours moins coûteux de s'occuper d'eux dans leur foyer plutôt que de les laisser mourir dans un hôpital de soins aigus come l'hôpital Wellesley, à 400$ la journée, ce qui est le cas à l'heure actuelle pour un de mes patients, et s'est produit également pour un autre qui y est mort il y a deux semaines. Mais si les médecins ne fournissent pas leurs services à domicile à cause du fait qu'ils y perdent beaucoup, les patients mourront dans des hôpitaux de soins aigus coûteux. Voilà ce qu'il en est des honoraires. Je ne sais pas si le fait de les salarier les incitera à le faire, à moins que les salaires ne soient terriblement élevés.

M. Karpoff: J'ai simplement une autre question à poser à propos de cette question des soins, surtout les soins aigus, les foyers, les soins palliatifs, les hospices. Quels rapports les médecins de première ligne ont-ils avec les organismes qui dispensent toute une gamme de soins aux patients, non seulement des soins médicaux, mais également une assistance plus générale? Quel type de problèmes cela crée-t-il pour vous?

Dr Berger: Je parlerai au nom de l'ensemble de notre groupe, parce que je pense que nous avons à Toronto de très bon rapports avec les groupes communautaires et les groupes de patients. Par exemple, la plupart des médecins qui se relaient pour le service de garde de Casey House à Toronto, un hospice bien connu, sont de notre groupe. Nous prenons une semaine à la fois. Nous sommes environ une douzaine. Il s'agit de couvrir les périodes de nuit, les fins de semaine et les urgences qui se produisent à Casey House; c'est le principal hospice. Il y a donc un rapport.

Nous devons compter sur d'autres organismes pour répondre aux besoins des patients. Il y a un service de soins infirmiers qui s'appelle Heart Registry et qui s'occupe spécialement des patients mourant du sida à domicile. Sans une infirmière du Heart Registry, je ne servirais à rien. Je peux vous le dire, il faut un médecin pour les soins à domicile, il faut l'aide d'une infirmière et également celle de la famille, d'un ami ou de la communauté. Ce sont les trois éléments. S'il en manque un, ça ne marche généralement pas. Le médecin ne suffit pas. C'est un élément, mais il faut les deux autres.

[*Texte*]

I would say, at least in Toronto, we have a fairly good relationship with the agencies and groups that provide home services and hospice services. In fact, at the meetings of our general practitioner group we get a regular report from Casey House about their waiting lists, what is happening there, what services they are providing, etc.

Ms Greene: I was particularly interested in some of the prevention aspects and the anonymous testing programs.

I sit on the parliamentary AIDS committee. One thing that concerns me is the fact that the public health programs encouraging young people and others to use condoms and so on do not seem to be having much impact, at least according to one of the studies that was tabled at the committee that looked at university and college students across Canada. A very, very small percentage were using condoms.

The other thing is the fact that there could well be substantial numbers of people wandering around who have AIDS but do not know they have AIDS at all. Of course, the anonymous testing would at least try to address that. I had a thought that perhaps blood donor clinics could. I run a blood donor clinic in my riding every six months. Could they be adapted to fill the need for anonymous testing programs? I am just thinking that people would be much more likely to walk into a blood donor clinic if they were uncertain and go through that process than walk into an anonymous AIDS testing program. Could you also comment on the efficacy of these public health programs?

Dr. Berger: I think people in the AIDS area would have a serious problem with encouraging HIV testing through blood donor clinics because the recommendation has been for seven or eight years that people who were at risk voluntarily defer from going to blood-donor clinics. That is one way of reducing HIV spreading into the blood system. A standard public health recommendation for years has been that if you think you are at risk for HIV, do not come to a blood donor clinic, even though screening is still going on. It helps protect the blood supplies. I think the two really should be kept quite separate.

I think people would come to an anonymous testing clinic. It does not mean you would put them under neon lights. I think you are right, if you did, people would not want to be seen even walking through the doors.

Ms Greene: Particularly young people.

• 1600

Dr. Berger: Young people do come to anonymous testing clinics if they are informed of their existence. The problem in Toronto is that it was only known about through an underground network, largely in the gay community, although it has spread beyond that right now. You have to be connected to someone who knows about the existence of the clinic. If the existence were publicized and there were a lot of them, they could be blended in, at least in downtown

[*Traduction*]

Je dirais que, au moins à Toronto, nous avons de très bons rapports avec des organismes et des groupes qui fournissent des soins à domicile ou des soins en hospice. En fait, aux réunions de notre groupe de médecins généralistes, nous recevons régulièrement un rapport de Casey House qui nous informe de ses listes d'attente, des dernières nouvelles de l'établissement, des services qu'on y fournit, etc.

Mme Greene: J'ai trouvé particulièrement intéressants certains des éléments relatifs à la prévention et aux programmes de détection anonyme.

Je fais partie du comité parlementaire sur le sida. Une chose qui me préoccupe, c'est le fait que les programmes de santé publique encourageant les jeunes gens ou autres à utiliser par exemple des condoms ne semblent pas avoir beaucoup d'impact, tout au moins à en croire l'une des études présentées au comité et portant sur les étudiants des universités et des collèges de l'ensemble du Canada. Le pourcentage des utilisateurs de condoms était très, très faible.

L'autre chose, c'est le fait qu'il pourrait fort bien y avoir un grand nombre de gens atteints du sida, mais ne le sachant pas du tout. Un programme de détection anonyme pourrait au moins essayer de régler cela, bien sûr. Je pensais qu'on pourrait le faire par le biais de collectes de sang. J'organise une collecte de sang dans ma circonscription tous les six mois. Pourrait-on en profiter pour répondre aux besoins d'un programme de détection anonyme? Je pense que les gens seraient beaucoup plus prêts à aller donner leur sang s'ils avaient des doutes et à se faire examiner ainsi plutôt que de passer par un programme officiel de détection anonyme du sida. Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez de l'efficacité de ces programmes de santé publique?

Dr Berger: Je pense que ceux qui s'occupent du sida auraient bien du mal à encourager la détection du VIH par les cliniques de donneurs de sang, parce que, depuis sept ou huit ans, on recommande aux personnes à risque de renoncer d'elles-mêmes à donner leur sang. C'est l'une des façons de réduire la diffusion du VIH dans les réserves de sang. Les services de santé publique recommandent régulièrement depuis des années de ne pas participer à une collecte de sang si l'on pense que l'on risque d'être infecté par le VIH, même si l'on continue le dépistage. Cela permet de protéger les réserves de sang. Je pense qu'il faut séparer nettement les deux choses.

Je pense que les gens iraient dans une clinique offrant une détection anonyme. Cela ne veut pas dire qu'on braquerait les projecteurs sur eux, car, vous avez sans doute raison, si on le faisait, les gens ne voudraient pas qu'on les voie même simplement entrer par la porte.

Mme Greene: Surtout les jeunes gens.

Dr Berger: Les jeunes viennent dans les cliniques de détection anonyme s'ils sont au courant de leur existence. Le problème à Toronto est que leur existence n'était connue que dans les circuits parallèles, surtout parmi les homosexuels, même si ce n'est plus le cas maintenant. Il faut être en liaison avec quelqu'un connaissant l'existence des cliniques. Si celles-ci étaient mieux connues, et s'il y en avait beaucoup, on pourrait les réunir, au moins dans le centre-ville de

[*Text*]

Toronto, with other clinics. The problem with anonymous testing clinics is going to be in smaller rural areas where the community is going to know where the clinic is—

Ms Greene: That is right.

Dr. Berger: —and you will be seen walking in there. I think if it were done within a public health department, for example, where people had other reasons to go there, that is how it could be provided in a site where there might be 10 different reasons for going into a physical setting. I understand your idea about the blood donor clinics, but I think it would be a serious mistake and threat to the blood supply if you invited high-risk people to attend them as a means of finding out their status.

The second question about the efficacy of public health, although I am not sure exactly which programs you mean, about condom...?

Ms Greene: Condom usage and so on in cases where it does not work.

Dr. Berger: One of the basic problems... I think I will defer to Dr. Gilmore because I think he plans to discuss this later.

Just because the youth have the knowledge of protecting themselves unfortunately does not mean they translate that knowledge into action. They do not apply the knowledge. Beyond that, I think maybe Dr. Gilmore will address that in his presentation. It is a serious problem.

Mrs. Clancy: Thank you, Dr. Berger, for your presentation. I have so many questions I am not quite sure where to start. First of all, from your experience in practice—and I was very interested to hear your comments about someone saying that the incidence of HIV in Metro Toronto could be as much as 50% under-reported—what percentage in your practice or in your experience...? Let me phrase this correctly. Do you see an increase in the incidence of HIV in women?

Dr. Berger: I am probably the wrong person to ask because I have such a skewed practice that I cannot tell. The proper people to ask would be people who are not identified as AIDS physicians and they should be looking at the women in their practice.

I know there is debate about it. In my view, that is the reason why we must have—and it is something the federal government does support strongly—proper HIV serial prevalence studies. That means we have to have studies whereby we can determine how much HIV is in the population. The way this is traditionally done is... For example, to find out about women you use the heel blood or the core blood of infants. That is blood that is normally routinely taken, and you test whatever is left over after you sever the identity of the mother/infant from the blood.

In Ontario, there is a proposal to do testing on left-over syphilis blood from high school students, rather, from places where students and college students go to or from suspected high-prevalence areas, suspected low-prevalence areas, and

[*Translation*]

Toronto, avec d'autres cliniques. Les cliniques de détection anonyme poseront surtout des problèmes dans les régions rurales, là où les gens sauront où se trouve la clinique...

Mme Greene: C'est exact.

Dr Berger: ...et verront les gens y entrer. Je pense que si cela se faisait dans le cadre du département de santé publique, par exemple, où on peut se rendre pour d'autres raisons, on aurait ainsi un endroit où on pourrait se rendre pour avoir accès à une dizaine de services différents. Je comprends votre idée à propos de la collecte de sang, mais je pense que ce serait une erreur grave ainsi qu'une menace pour les réserves de sang si l'on invitait les personnes à haut risque à donner leur sang simplement pour le faire examiner.

Quant à la deuxième question, sur l'efficacité des programmes de santé publique, je ne sais en fait exactement de quels programmes vous parlez, sur les condoms...?

Mme Greene: L'utilisation des condoms, etc., dans des cas où cela ne marche pas.

Dr Berger: L'un des problèmes fondamentaux... Je pense que je laisserai cela au D[r] Gilmore, car je crois qu'il a l'intention d'en parler plus tard.

Le simple fait que les jeunes savent comment se protéger ne veut malheureusement pas dire qu'ils mettent ce savoir en action. Ils n'appliquent pas leur connaissance. À part cela, je pense que le D[r] Gilmore vous parlera sans doute de cela dans son intervention. C'est un problème sérieux.

Mme Clancy: Merci, docteur Berger, de votre intervention. J'ai tellement de questions à vous poser que je ne sais pas par où commencer. D'abord, d'après votre expérience pratique—et j'ai été très intéressée d'entendre vos commentaires quant au fait que l'incidence du VIH à Toronto pourrait être deux fois plus élevée qu'on ne l'indique—quel pourcentage constatez-vous en pratique...? Je vais reformuler ma question. Constatez-vous une augmentation du nombre de femmes atteintes par le VIH?

Dr Berger: Je ne suis sans doute pas très bien placé pour vous répondre, car ma clientèle est tellement peu représentative que je ne peux rien vous dire. Il faudrait vous adresser à ceux qui ne sont pas considérés comme spécialistes du sida, qui pourraient voir ce qu'il en est de leurs patientes.

Je sais que cela fait l'objet d'un débat. Selon moi, c'est la raison pour laquelle il nous faudrait—et c'est quelque chose qu'appuie solidement le gouvernement fédéral—de bonnes études de prévalence sériée sur le VIH. Cela veut dire qu'il nous faudrait des études permettant de déterminer la fréquence du VIH dans la population. La façon traditionnelle de le faire, c'est... Par exemple, pour voir quelle est la situation des femmes, on utilise le sang prélevé chez les bébés. C'est le sang prélevé dans le cadre des examens de routine, et on teste ce qu'il reste après avoir supprimé toute façon d'identifier la mère et l'enfant.

En Ontario, on a proposé de pratiquer la détection sur le sang des élèves des écoles secondaires restant après des tests de syphilis, ou plutôt dans les endroits où vont les élèves de ces écoles ou des collèges provenant des zones où l'on

[*Texte*]

from left-over blood. That means no extra procedures done. You sever the identity from the blood and test it to find out how much HIV there is in the country. Those are crucial tests and would answer your question.

Unfortunately, the new Minister of Health in Ontario suspended the HIV serial prevalence studies on infants, which reflects their mothers, and prevented a serial prevalence study that was planned for adults while she studied the ethical implications of this. It is ironic that the minister did this, because there was one single issue that all sides in the AIDS business, the activists, the public health and the front-line physicians were all in agreement on, and that is that we have to do these studies. There are lots of other issues she could have chosen to take a side on, but this one we were all in agreement with and it was the one she chose to oppose. I think this is a terrible mistake. It will set back the fight against AIDS in women by five years if these studies do not go on.

At the present time there has been no announcement from the minister in Ontario about what she plans to do. She has consulted widely. I met with her legal staff, as others have, and there has been no announcement. I can tell you, if they are suspended in Ontario it is going to set back the struggle against AIDS in women not only in Ontario but I think across Canada, because right now Canada has—

Mrs. Clancy: Of course it is. In Nova Scotia they do not do anything.

Dr. Berger: They do not do anything, but Ontario has nearly 40% of all AIDS cases in Canada.

Mrs. Clancy: The other thing I wanted to ask about is the anonymous testing. The underground network you talked to us about is still, as I understand it, illegal in—

Dr. Berger: In Ontario.

Mrs. Clancy: —the province of Ontario. What I wanted to know is: obviously if it is illegal it cannot be paid for under any existing OHIP plans or anything like that, so I am presuming it is user-pay. Am I wrong?

• 1605

Dr. Berger: You are right on the first part, but the user is just not paying.

Mrs. Clancy: So people are doing the tests for free.

Dr. Berger: It is part of the general sexually transmitted disease counselling the clinics would do, and they are funded to do that. The testing itself, do not forget, is done by the central provincial laboratory. It costs the government, but it does not cost the individual physician or clinic to have the test done. What is not paid for would be the HIV counselling, the drawing of blood, for example, because there is no number to bill, whereas if a person comes to my office I

[*Traduction*]

s'attend à une prévalence élevée ou faible, ainsi qu'en se servant de sang inutilisé. Cela veut dire qu'il n'y aurait pas de procédure supplémentaire. On supprime les moyens d'identification du sang et on l'examine pour voir quelle est la diffusion du VIH dans le pays. Ce sont des examens essentiels, qui répondraient à votre question.

Malheureusement, la nouvelle ministre de la Santé de l'Ontario a suspendu les études de prévalence sériée du VIH pour les bébés, ce qui se répercute sur leurs mères, et elle a empêché la tenue d'une étude de prévalence sériée prévue pour des adultes parce qu'elle en étudie les conséquences morales. Il est surprenant que la ministre ait agi ainsi, parce qu'il n'y avait qu'une question à propos de laquelle s'entendaient tous les intervenants dans le monde du sida, les activistes, les services de santé publique et les médecins de première ligne, et c'était la nécessité de ces études. Il y a beaucoup d'autres questions à propos desquelles elle aurait pu prendre parti, mais nous nous entendons tous au sujet de celle-ci, et c'est justement celle à laquelle elle choisit de s'opposer. Je pense que c'est une terrible erreur. Si ces études ne se font pas, cela nous ramènera cinq ans en arrière dans la lutte contre le sida chez les femmes.

À l'heure actuelle, la ministre ontarienne n'a pas annoncé ce qu'elle avait l'intention de faire. Elle a effectué une large consultation. J'ai rencontré ses conseillers juridiques, comme d'autres l'ont fait aussi, mais rien n'a été annoncé. Je peux vous dire que si ces études sont suspendues en Ontario, cela nuira à la lutte contre le sida chez les femmes non seulement en Ontario, mais, me semble-t-il, également dans l'ensemble du Canada, parce que, à l'heure actuelle, le Canada a. . .

Mme Clancy: Bien sûr. En Nouvelle-Écosse, on ne fait rien.

Dr Berger: On n'y fait rien, mais l'Ontario a pratiquement 40 p. 100 de tous les cas de sida au Canada.

Mme Clancy: Je voulais également vous interroger à propos de la détection anonyme. Le réseau parallèle dont vous nous avez parlé est encore, que je sache, illégal en. . .

Dr Berger: En Ontario.

Mme Clancy: . . .Ontario. Je voulais savoir la chose suivante: de toute évidence, si c'est illégal, cela ne peut pas être couvert par un régime d'assurance, comme par exemple l'OHIP; je suppose donc que c'est un système de paiement par l'usager. Est-ce que je me trompe?

Dr Berger: Vous avez raison sur le premier point, mais l'utilisateur ne paie simplement pas.

Mme Clancy: Les gens font donc les examens gratuitement.

Dr Berger: Cela fait partie des activités dont s'occupent les cliniques pour ce qui est des maladies transmises sexuellement, et elles reçoivent un financement pour cela. Les examens eux-mêmes, ne l'oubliez pas, sont effectués par le laboratoire provincial. Ces examens coûtent donc quelque chose au gouvernement, mais pas aux médecins ou à la clinique concernée. Ce qui ne sera pas rémunéré, c'est, par exemple, l'entrevue à propos du VIH, le prélèvement de

[*Text*]

can bill the counselling and, if I take the blood, bill the procedure. You are correct to that extent.

Mrs. Clancy: I was worried that if it was a user-pay system, a number of high-risk people might not be able to afford it, such as intravenous drug users and prostitutes, for example.

You mentioned pneumocystis aerosol, and I am probably mispronouncing this.

Dr. Berger: Aerosol pentamidine for pneumocystis pneumonia.

Mrs. Clancy: You say it is a reasonably accessible treatment in downtown Toronto but not elsewhere. I am wondering if that is because of cost, because of training of health care professionals, because of availability, or what.

Dr. Berger: I can speak best about Ontario. If you live in Toronto, this treatment is completely paid for as part of the pilot project. If you live elsewhere, the patient is technically responsible for payment of a machine to administer it to himself or herself, unless the local community hospital will administer the drug through one of their machines. Many do, even though, I might add, they are not specifically budgeted to do it. They just do it out of the goodness of their administration. The patient in some circumstances is required to pay for the drug if they live outside Toronto. Because of reasons of confidentiality, there is wheeling and dealing that goes on. Some of them do get it for free in smaller communities, but I really should not talk in any more detail than that.

The second problem is that some patients are not getting the drug for what is called primary prophylaxis; that is, to prevent a first episode of this pneumocystis pneumonia, whereas in Toronto it is standard therapy. In other areas of Ontario and across Canada, just from stories I have heard, patients are getting it only for secondary prophylaxis; that is, after they have had their first episode of pneumocystis, to prevent subsequent episodes of pneumocystis pneumonia.

Mrs. Clancy: If they have survived it.

Dr. Berger: If they have survived it. You are right. There is still about a 20% mortality rate from first episodes of pneumocystis.

Mrs. Clancy: I listened to your report of the particular exigencies of being a front-line HIV/AIDS practitioner, and I have also heard it from other doctors in my own region. You have criticized the family practitioners group. I am wondering if there is any possibility of front-line physicians in this area forming their own group. Has such a group been formed? I probably know the answer. You probably do not have time, but I also understand that. I am thinking in particular of the obvious problem of delivery of patient care. If you practitioners suddenly fall over tomorrow, it is not going to help the situation. It is going to make it a whole lot worse.

[*Translation*]

sang, parce qu'il n'y a pas de numéro auquel facturer les frais, alors que, si quelqu'un vient me voir dans mon bureau, je peux facturer l'entretien avec lui et, le cas échéant, le prélèvement de sang. Vous avez donc raison dans ce sens.

Mme Clancy: Ce qui m'inquiétait, c'est que, avec un système de paiement par l'usager, beaucoup de personnes à haut risque ne pourraient pas se le permettre, par exemple les toxicomanes pratiquant l'injection intraveineuse ou les prostitués.

Vous avez parlé de l'aérosol de pneumocystis, et sans doute devrais-je appeler cela autrement.

Dr Berger: La pentamidine en aérosol pour la pneumonie à pneumocystis.

Mme Clancy: Vous avez dit que c'était un traitement auquel on avait accès dans des conditions raisonnables dans le centre-ville de Toronto, mais pas ailleurs. Je me demande si c'est à cause du coût, à cause de la formation de spécialistes, à cause de la disponibilité du produit, ou quoi d'autre.

Dr Berger: Je peux surtout vous parler de l'Ontario. Pour ceux qui habitent à Toronto, les frais du traitement sont entièrement couverts par le projet pilote. Pour ceux qui habitent ailleurs, c'est le patient qui est techniquement responsable du paiement de la machine lui permettant de s'autoadministrer des traitements, à moins que l'hôpital local ne lui dispense le médicament avec une de ces machines. Beaucoup le font, même si, il faut le dire, cela n'est pas prévu à leur budget. Ils le font simplement grâce à la générosité de leurs administrateurs. Dans certains cas, le patient doit payer le médicament s'il vit à l'extérieur de Toronto. Pour des raisons de confidentialité, il y a toutes sortes de tractations. Certains peuvent l'obtenir gratuitement dans de petites villes, mais je ne peux pas véritablement vous donner plus de détails que cela.

Le deuxième problème, c'est que certains patients ne reçoivent pas ce médicament pour ce que l'on appelle la prophylaxie primaire, c'est-à-dire pour prévenir une première manifestation de cette pneumonie à pneumocystis, alors que c'est ce que l'on fait normalement à Toronto. Dans d'autres régions de l'Ontario et dans l'ensemble du Canada, d'après ce que j'ai entendu, les patients ne le reçoivent que pour la prophylaxie secondaire, c'est-à-dire après qu'ils ont déjà eu une première manifestation de pneumocystis, pour empêcher la réapparition ultérieure de cette maladie.

Mme Clancy: S'ils y ont survécu.

Dr Berger: S'ils y ont survécu. Vous avez raison. On constate encore un taux de mortalité de 20 p. 100 pour les premières manifestations de pneumocystis.

Mme Clancy: J'ai écouté ce que vous nous avez dit sur ce qu'entraîne de particulier le fait d'être un médecin s'occupant en première ligne du VIH/SIDA, et j'ai entendu des médecins de ma région dire la même chose. Vous avez critiqué le groupe des médecins de famille. Je me demande si les médecins de première ligne de ce secteur pourraient former leur propre groupe. Est-ce qu'un tel groupe a été mis sur pied? Je connais sans doute déjà la réponse. Vous n'avez sans doute pas le temps, mais je le comprends. Je pense aux problèmes évidents de la fourniture des soins aux patients. Si les médecins praticiens disparaissent du jour au lendemain, cela ne réglera rien. Cela compliquera beaucoup les choses.

[*Texte*]

Dr. Berger: In Toronto we have formed a group. I understand this shows the poor communication across Canada. There is a similar group among general practitioners in Montreal. Part of the difficulty is that as individuals we just do not have the energy to start organizing a national group of AIDS physicians. I think it might help. It traditionally occurs or could occur under the auspices of already established national medical organizations, and I hope it would.

There is a doctor in our group whose name is Maurice Généreux. This doctor takes care of 450 HIV-infected patients. He is like a leader in the field. How can I go to him and and ask if he will please assist me in a subcommittee to organize a group? I am in the middle of this top 17. There are other doctors who see over 300 patients as part of their regular practice. I cannot tell you how fantastic this is in terms of time consumption and energy, and some of these people are still taking new patients.

• 1610

We need to be organized. That is the truth of it. In my view, it is the responsibility and duty of one of these national medical organizations—and I think in the case of GPs it should be the College of Physicians of Canada—to organize us and to make it easier for us.

In our group, since we were formed about three and a half years ago, about nine or ten have left practice for various reasons, not only because of stress and fatigue, but that has been part of the reason. In the last several months one has left and two others are in the process of leaving. Two of these had very heavy practices. As one of my colleagues described to me on the phone: You know, we are in the middle of a mini-crisis but nobody knows about it. I asked what he was talking about, and he said, well, have so-and-so's patients not been phoning you to come to your practice? I had not noticed because I had to shut down a few months ago once again, but this is what happens. Patients scramble within the city to see a doctor when one of us goes. It is a good question. There has to be some structure in case some of the busiest doctors leave.

Mrs. Clancy: Do you know if it is the same experience in the United States and in Britain, or do you not know?

Dr. Berger: In the United States I do know, mostly because of being in San Francisco in June for the international AIDS conference. There were numerous articles about the paucity of physicians engaged in this work.

Mr. Halliday (Oxford): It is certainly appalling evidence that Dr. Berger is giving us today, and it gives us cause for concern.

One of my questions has been asked by Dr. Pagtakhan and others, but you made reference to the College of Family Physicians and the need for training of family physicians. It is my understanding that the college was making an effort over

[*Traduction*]

Dr Berger: A Toronto, nous avons formé un groupe. Cela montre, je pense, l'insuffisance des communications à travers le Canada. Il y a un groupe du même type parmi les généralistes de Montréal. Un de nos problèmes est que, à titre individuel, nous n'avons pas assez d'énergie pour nous mettre à organiser un groupe national de médecins s'occupant du sida. Je pense que cela pourrait être utile. Cela se fait traditionnellement ou pourrait se faire sous les auspices d'une organisation médicale nationale déjà établie, et j'espère que cela se fera.

Il y a dans notre groupe un médecin qui s'appelle Maurice Généreux. Il s'occupe de 450 patients atteints du VIH. C'est une sorte de chef de file. Comment puis-je aller le voir et lui demander s'il veut bien participer avec moi aux travaux d'un sous-comité pour organiser un groupe? Je suis dans ce groupe des 17 les plus actifs. Il y a d'autres médecins qui voient plus de 300 patients dans le cadre de leurs activités normales. Je ne peux pas vous dire tout le temps et toute l'énergie que cela exige, et certains d'entre eux acceptent encore de nouveaux patients.

Nous devons nous organiser. C'est comme ça. Selon moi, c'est à une des organisations médicales nationales—je pense que, pour les généralistes, ce devrait être le Collège des médecins du Canada—qu'il incombe de nous organiser et de nous faciliter les choses.

Dans notre groupe, depuis que nous l'avons formé, il y a environ trois ans et demi, neuf ou dix membres ont cessé d'exercer pour différentes raisons, non seulement à cause du stress et de la fatigue, mais en partie à cause de cela. Ces derniers mois, un de nos membres est parti et deux autres sont sur le point de le faire. Deux d'entre eux avaient beaucoup de patients. Comme me l'a expliqué un de mes collègues au téléphone: on sait bien que nous nous trouvons en plein milieu d'une mini-crise, mais personne d'autre n'est au courant. Je lui ai demandé de quoi il parlait, et il m'a dit: eh bien, est-ce que les patients de X ne t'ont pas téléphoné pour que tu t'occupes d'eux? Je ne l'avais pas remarqué parce que j'avais dû m'arrêter à nouveau il y a quelques mois, mais c'est ce qui se passe. Les patients cherchent dans toute la ville pour trouver un médecin quand l'un de nous s'en va. C'est une bonne question. Il faut une sorte de structure au cas où certains des médecins les plus actifs s'en aillent.

Mme Clancy: Savez-vous si la situation est la même aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ou est-ce que vous n'en savez rien?

Dr Berger: Je le sais pour les États-Unis, surtout parce que je suis allé à San Francisco en juin, à la conférence internationale sur le sida. Il y avait plusieurs articles sur le nombre limité de médecins assumant ce genre de travail.

M. Halliday (Oxford): Ce sont certainement des informations effrayantes que le D[r] Berger nous donne aujourd'hui, et cela doit susciter notre inquiétude.

Le D[r] Pagtakhan et d'autres ont déjà posé l'une de mes questions, mais vous avez fait allusion au Collège des médecins de famille et à la nécessité de former ces médecins de famille. Il me semble que le collège fait un effort depuis

[*Text*]

the last two or three years to get a sum of money that was not forthcoming from the federal government for a while but has now been released. Are you familiar with that? Has that program started? Do you feel it will be of any help?

Dr. Berger: I am somewhat familiar. The only program I am aware of that the college has conducted—and I think it has some use, but it is of very limited use for physicians who have patients to take care of—is a travelling road show to instruct physicians across Canada on how properly to counsel patients around HIV testing itself. It is important, as mentioned earlier, that public health nurses and community organizations can do the same thing. I am not trying to minimize its importance. It certainly does not remedy or address the problem of GPs seeing 200 patients in their practices. It does not teach those doctors about these highly experimental medications that many of them have never even heard of, never mind knowing how to implement or use. That is a very serious problem that as far as I understand it the College of Family Physicians has not addressed, at least publicly. I think if they did I would be one of the first to know about it and our group would be one of the first to know about it.

Mr. Halliday: Picking up on that last comment about the degree of technology involved in understanding the new drugs and so on, is it possible that the nature of the disease now is such that the average family physician does not have the time to become acquainted and familiar with the ins and outs of it to which you refer? Is it not becoming increasingly like cancer treatment and sophisticated cardiology treatment and chemotherapy, where most family physicians seem to have opted out of that and left that to a certain group of highly specialized physicians—be they certified or not, I do not know? Is not what we need to have a group of doctors who take that training specifically, rather than every family physician trying to treat two or three cases and not being familiar with what he is trying to do?

Dr. Berger: I appreciate the question. Regrettably, I agree with what I think you are implying in the question. Five or six years ago my colleagues and I would sit around saying: more people have to come into this; this is completely crazy; we cannot do it on our own. We could see our practices building up. I think it would have been possible five or six years ago for an inexperienced doctor to come into it, because there was not much to do then. We never heard of AZT really, or ddI or ddC or alfainterferon or any of these drugs.

My view of this has changed somewhat. It has changed partially because I understand the need of patients to want to go to see experienced physicians. I can understand why they might not want to stick with their GP with whom they have a

[*Translation*]

deux ou trois ans pour essayer d'obtenir de l'argent que le gouvernement fédéral a mis assez longtemps à dégager, mais c'est maintenant le cas. Êtes-vous au courant? Ce programme a-t-il commencé? Pensez-vous qu'il servira à quelque chose?

Dr Berger: Je suis un peu au courant. Le seul programme entrepris par le collège que je connaisse—et je pense qu'il peut être utile, mais qu'il ne l'est que très peu pour les médecins qui doivent s'occuper de patients—c'est une exposition itinérante destinée à montrer aux médecins de l'ensemble du Canada comment amener leurs patients à se soumettre à un test de détection du VIH. Comme je l'ai dit tout à l'heure, il est important que les infirmières de la santé publique et des organisations communautaires puissent faire la même chose. Je n'essaie pas d'en minimiser l'importance. Cela ne règle pas cependant le problème des médecins généralistes qui ont 200 patients. Cela ne met pas ces médecins au courant des médicaments tout à fait nouveaux dont beaucoup d'entre eux n'ont même pas entendu parler, et qu'ils ne savent donc évidemment pas comment utiliser. C'est un problème très sérieux sur lequel, que je sache, le Collège des médecins de famille ne s'est pas encore penché, tout au moins publiquement. Je pense que si le collège le faisait, je serais l'un des premiers à être au courant, et notre groupe serait l'un des premiers à le savoir.

M. Halliday: Pour revenir sur votre dernière observation à propos du niveau technologique nécessaire pour comprendre les nouveaux médicaments, est-il possible que la nature de la maladie soit telle maintenant qu'un médecin de famille moyen n'a pas le temps de se familiariser avec tous les tenants et les aboutissants de cette maladie dont vous avez parlé? Est-ce que ce n'est pas de plus en plus comme le traitement du cancer ou les traitement avancés en cardiologie ou la chimiothérapie? La plupart des médecins de famille semblent avoir laissé cela à un nombre limité de médecins hautement spécialisés—officiellement ou pas, je ne sais pas. Ne faudrait-il pas justement avoir un groupe de médecins recevant spécifiquement cette formation, plutôt que de voir chaque médecin de famille essayer de traiter deux ou trois patients sans avoir véritablement une idée de ce qu'il doit faire?

Dr Berger: Je comprends votre question. Je suis malheureusement d'accord avec ce que je crois que vous sous-entendez. Il y a cinq ou six ans, nous disions avec mes collègues: il faudrait que plus de gens s'en occupent; c'est complètement fou; nous ne pouvons pas tout faire cela tout seuls. Nous voulions augmenter le nombre de nos patients. Je pense que, il y a cinq ou six ans, un médecin inexpérimenté aurait pu s'engager là-dedans, parce qu'il n'y avait pas grand-chose à faire à l'époque. On n'avait en fait jamais entendu parler de AZT, ou de ddI, ou de ddC, ou de l'alpha-interféron, ou d'aucun des médicaments de ce genre.

Mon opinion a quelque peu changé. En partie parce que je comprends que les patients veulent s'adresser à des médecins expérimentés. Je peux comprendre qu'ils ne veuillent pas rester avec leur généraliste, même s'ils

[*Texte*]

very good relationship if their GP has not seen the patient before. It is very complicated, and I guess my view has shifted in that it might be too late to train doctors to manage a large part of this disease because it is incredibly complicated.

It is easy for me. I am not any smarter than these doctors—I would never profess to be so—but I have been in it from the beginning. I have followed the history. I have been going to the conferences. Although I do not like to admit it, it might be too late to expect general practitioners without experience to manage many of the complexities of the disease. It does not worry me so much about patients who live in urban centres, it worries me a lot more about people who live in rural areas. I do not think it is reasonable or fair to expect that they have to move out of their communities to get care. I think in those areas particularly, even though it is complicated, with a mentor system or buddy system it is possible for them to keep their patients.

• 1615

Again, with the urban centres, we are able to handle them right now, the few of us who do, but if the numbers of patients increase, I think the GPs in the large urban centres are also going to have to keep their patients, at least in the early part of the disease.

If, as you are suggesting, it should be recognized as a medical specialty, then those GPs who are de facto, or those specialists, have to be supported far more extensively than they are currently being supported.

The Chairman: Are there any members who have not asked a question at this time who would like to? I have Dr. Pagtakhan to wrap it up, but I do not want to overlook anybody. Dr. Cole, did you wish to—

Mr. Cole (York—Simcoe): I appreciate your comments with regard to the rural areas and the more isolated communities. You are suggesting on the one hand that the physicians in those areas are going to have to have more knowledge of it; you are suggesting in reality that it is probably too late for them to have sufficient knowledge to provide that kind of care. I understand that dilemma and I think that applies to other areas in the health care field. I do not think we can expect that a small muncipality, let us say of 4,000 or 5,000, with one or two GPs there, is going to be able to provide all the health care services and the extensive specialized types of services.

So other than having some type of centralization, what is the alternative? What are you suggesting? I heard the buddy thing, but I do not think that is—

Dr. Berger: I am waffling a bit because I have shifted positions. It is very difficult for me to admit that in Toronto, at least, only 35 GPs are taking care of 50% of the province's patients. I think a reasonable solution might be to have

[*Traduction*]

entretiennent un excellent rapport avec lui, si celui-ci n'a pas traité d'autres patients auparavant. C'est très complexe, et j'ai sans doute changé d'avis, car il est peut-être trop tard pour donner une formation à des médecins pour qu'ils prennent en charge une bonne partie de cette maladie, car elle est incroyablement complexe.

Pour moi, c'est facile. Je ne suis pas plus intelligent que les autres—je ne prétendrais jamais cela—mais je m'en occupe depuis le début. J'ai suivi toute l'histoire. Je vais aux conférences. Même si je n'aime pas avoir à le dire, il est sans doute trop tard pour s'attendre à ce que des généralistes sans expérience puissent faire face aux complexités de cette maladie. Cela ne m'inquiète pas tellement pour les patients qui vivent dans les centres urbains, mais plutôt pour ceux des régions rurales. Je ne pense pas qu'il soit raisonnable ou juste de s'attendre à ce qu'ils quittent leur localité de résidence pour obtenir des soins. Je pense que, en particulier dans ces régions, même si c'est compliqué, un système de parrainage ou de travail en équipe leur permettrait de garder leurs patients.

Là encore, dans les centres urbains, nous sommes en mesure de nous occuper d'eux à l'heure actuelle, les quelques-uns d'entre nous à le faire, mais si le nombre de patients augmente, je pense que les généralistes des grands centres urbains devront garder leurs patients, au moins dans les premiers stades de la maladie.

Si, comme vous le proposez, cela doit être considéré comme une spécialité médicale, les généralistes qui le sont de facto, ou les spécialistes agréés, doivent recevoir une assistance beaucoup plus importante que celle qui leur est donnée à l'heure actuelle.

Le président: Y a-t-il des députés qui n'ont pas encore posé de questions qui voudraient le faire? J'ai le docteur Pagtakhan, mais je ne voudrais négliger personne. Monsieur Cole, est-ce que vous voulez...

M. Cole (York—Simcoe): Je comprends ce que vous avez dit à propos des régions rurales et des localités plus isolées. Vous dites d'un côté que les médecins de ces régions devront mieux connaître cette maladie, mais vous dites, en réalité, qu'il est sans doute trop tard pour eux pour en savoir assez pour fournir les soins appropriés. Je comprends ce dilemme, et je pense qu'il s'applique également à d'autres aspects dans le domaine des soins de santé. Je ne pense pas que l'on puisse attendre d'une petite ville de 4 ou 5,000 habitants, comptant un ou deux généralistes, qu'elle soit en mesure de fournir tous les services de soutien, et notamment les services spécialisés complexes.

Alors, quelle autre solution y a-t-il qu'une centralisation? Que proposez-vous? Vous avez parlé du travail par équipe, mais je ne pense pas que...

Dr Berger: J'hésite un peu, car mon opinion a changé. J'ai du mal à admettre que, au moins à Toronto, 35 médecins généralistes s'occupent de 50 p. 100 des patients de la province. Une façon raisonnable de résoudre le problème

[*Text*]

someone who is more experienced in certain regions of the province, so the people might have to travel 50 or 60 miles. But to travel 400 or 500 miles is unreasonable. I think it is possible to have regional centres of expertise, which might involve some travelling. There might be no other way around it.

I think a mentor system is not unreasonable, at least for people who are in the early stage of their disease, to guide physicians through the first one or two cases, and that might be all they have. A regional centre of expertise and some type of regionalized buddy system might not solve it all, but I think they are better than nothing. If it does not work, then I guess the reality is that people are going to have to move to the centres where there is expertise. They might just have to, because their lives depend on the treatments.

Mr. Pagtakhan: I have a brief comment about the anonymous handling of HIV testing, to indicate to you that while I support this type of testing whole-heartedly, the Ontario study failed the ethics test established by the Federal Centre for AIDS. I have made my views known to the Minister of National Health and Welfare on this issue in a four-page letter to him. If you are interested, I could send you a copy of that—

Dr. Berger: Sure.

Mr. Pagtakhan: —and perhaps it may help the Ontario ministry to respond quickly. My fear is that they have not identified the source of the problem.

Now, on the aerosol pentamidine question that my colleague, Mrs. Clancy, had asked and I would like to pursue, you indicated that the study is Toronto is a pilot study—

Dr. Berger: A pilot project.

Mr. Pagtakhan: A pilot project. This would indicate to me that it is funded and under close monitoring.

Dr. Berger: Yes.

Mr. Pagtakhan: Hence, there is no need for payment on the part of the participants in this study.

Dr. Berger: Correct.

Mr. Pagtakhan: What I find difficult to understand is why the outside, non-participating patients may not be made available to the Toronto study. Do you have any thoughts on that?

Dr. Berger: I really think the answer is more properly found with the Ontario Ministry of Health.

• 1620

Mr. Pagtakhan: On the issue of the increasing demand on the front-line workers like you, I am interested in knowing the proportion of burn-out if it has happened among your group of workers.

Dr. Berger: I think I mentioned earlier that around eight or nine doctors in our group have left, doctors who were committed to this, in the last three years. We have about 35 active members right now. I think most of those doctors are

[*Translation*]

serait d'avoir quelqu'un avec plus d'expérience dans certaines régions de la province, afin que les déplacements ne dépassent pas 50 ou 60 milles. Devoir faire 400 ou 500 milles n'est pas raisonnable. Je pense que l'on pourrait avoir des centres régionaux spécialisés, entraînant certains déplacements. On ne peut peut-être pas faire autrement.

Un système de parrainage ne me paraît pas déraisonnable, tout au moins pour les gens qui sont dans la première phase de la maladie; cela permet de guider le médecin pour ses deux ou trois premiers cas, et peut-être n'en aura-t-il même pas plus. Un centre régional spécialisé avec un système régionalisé de travail en équipe ne réglera pas tout, mais ce serait mieux que rien. Si cela ne marche pas, il faudrait alors que les patients se rendent dans les centres où existent des spécialistes. Ils peuvent avoir à le faire, parce que leur vie dépend des traitements.

M. Pagtakhan: J'ai juste quelques mots à dire à propos de l'anonymat des tests de détection du VIH; je suis tout à fait en faveur de ce genre de détection, mais l'étude de l'Ontario ne satisfait pas aux critères d'éthique établis par le Centre fédéral du sida. J'ai fait savoir au ministre de la Santé nationale et du Bien-être ce que j'en pensais dans une lettre de quatre pages. Si cela vous intéresse, je peux vous envoyer une copie de cette...

Dr Berger: Bien sûr.

M. Pagtakhan: ...et peut-être cela amènera-t-il le ministère de l'Ontario à répondre rapidement. Je crains qu'il n'ait pas identifié la source du problème.

Maintenant, pour continuer à propos de la question sur la pentamidine en aérosol qu'a posée ma collègue, M^me^ Clancy, vous avez dit que l'étude en cours à Toronto était une étude pilote...

Dr Berger: Un projet pilote.

M. Pagtakhan: Un projet pilote. Cela veut donc dire qu'il fait l'objet d'une subvention et est soumis à un étroit contrôle.

Dr Berger: Oui.

M. Pagtakhan: Les participants à cette étude n'ont rien à payer.

Dr Berger: C'est exact.

M. Pagtakhan: Ce que j'ai du mal à comprendre, c'est pourquoi les patients de l'extérieur n'y participant pas ne peuvent pas être mis à la disposition de l'étude de Toronto. Qu'en pensez-vous?

Dr Berger: Je pense que c'est auprès du ministère ontarien de la Santé qu'il faudrait chercher la réponse.

M. Pagtakhan: Pour ce qui est de l'effort croissant demandé aux personnes qui travaillent en première ligne comme vous, j'aimerais connaître, le cas échéant, le pourcentage d'épuisement constaté dans votre groupe.

Dr Berger: J'ai dit, je crois, tout à l'heure que huit ou neuf médecins avaient quitté notre groupe, des médecins qui prenaient cela très au sérieux, ces trois dernières années. Nous avons environ 35 membres actifs à l'heure actuelle. Je

[*Texte*]

strongly committed to taking care of these patients no matter how tough the work is. I think they are in it for good. I think most of us realize that this is going to be with us for our careers. I am 40 years old. I have 20 years or so left, and I have accepted, as many of my colleagues have, that this is going to be part of our careers during our entire lifetime of work. I guess what we are saying is that there are some simple ways of making it a bit easier.

Mr. Pagtakhan: We know that payment for drugs rests with the provincial health ministers. What role does the federal minister have in this matter?

Dr. Berger: Perhaps only one of moral suasion. I do not know. I think Perrin Beatty has tried with this disease. Despite the fact that many of the objectives of the National AIDS Strategy still have not been seen, what can a federal minister do if he cannot set the fee schedules or tell provincial governments how much money to put into the health care system? That is why I am here today, to talk about it publicly as other people do. I am not answering you directly, but I do not know practically what a federal health minister can do to convince provincial ministries to assist physicians with large numbers of HIV-infected or AIDS patients. I really do not know.

Mr. Pagtakhan: Are there any avenues that have yet not been pursued to help prevent the HIV infection and its spread that you may have in mind and would like to suggest to the committee, that to date have not been pursued by the federal or any provincial government?

Dr. Berger: I think most have been pursued to a geater or lesser extent, but I do believe Dr. Gilmore will address that question in his presentation. I wish to leave him something to talk about before I leave.

The Chairman: Dr. Berger, on behalf of the committee, may I extend to you our sincere thanks for your appearance today. It is obvious from listening to your testimony today that you have a deep personal commitment. I commend you for that. Perhaps that is what is needed most in this situation, people like you who are willing to take on what must be done. It looks to me as though it is very personal and perhaps not as rewarding as you have indicated in some other areas, but I think it is a tribute to the role you are playing. I do sincerely thank you, sir, for your appearance here today.

Dr. Berger: Thank you.

The Chairman: Given the time constraints, we would like to move to hear Dr. Gilmore.

• 1624

• 1629

The Chairman: I call the meeting to order.

[*Traduction*]

pense que la plupart d'entre eux sont tout à fait décidés à s'occuper de leurs patients, quelles que soient les difficultés de cette tâche. Je pense qu'ils sont là pour de bon. La plupart d'entre nous se rendent sans doute compte que c'est ce à quoi nous allons consacrer notre carrière. J'ai 40 ans. Il me reste une vingtaine d'années, et comme la plupart de mes collègues, je me suis fait à l'idée que cela constituerait une partie de ma carrière pendant tout ce qu'il me reste de vie de travail. Ce que nous disons, en quelque sorte, c'est qu'il y a des façons simples de faciliter un peu les choses.

M. Pagtakhan: Nous savons que le paiement des médicaments dépend des ministres de la Santé des provinces. Quel rôle le ministre fédéral a-t-il dans ce domaine?

Dr Berger: Peut-être seulement en matière de pressions morales. Je ne sais pas. Je pense que Perrin Beatty a fait beaucoup d'efforts à propos de cette maladie. Malgré le fait que nombre d'objectifs de la stratégie nationale sur le sida n'ont pas encore été réalisés, que peut donc faire un ministre fédéral s'il ne peut pas établir le barème des honoraires ou dire aux gouvernements des provinces combien d'argent ils doivent consacrer aux soins de santé? Voilà pourquoi je suis ici aujourd'hui, pour en parler publiquement, comme le font d'autres gens. Je ne vous réponds pas directement, mais je ne sais pas en pratique ce qu'un ministre fédéral de la Santé peut faire pour convaincre les ministres provinciaux de venir en aide aux médecins qui s'occupent d'un grand nombre de patients porteurs du VIH ou atteints de sida. Je ne sais vraiment pas.

M. Pagtakhan: Connaissez-vous et pouvez-vous proposer au comité des méthodes que l'on n'a pas encore employées pour essayer de prévenir l'infection par le VIH et sa diffusion, des méthodes qui n'ont pas encore été envisagées par le gouvernement fédéral ou un gouvernement provincial?

Dr Berger: Je pense que, à des degrés divers, on a pratiquement tout essayé, mais je crois que le docteur Gilmore abordera cette question dans son exposé. Je voudrais lui laisser quelque chose à traiter avant de m'en aller.

Le président: Docteur Berger, au nom du comité, je vous présente nos sincères remerciements pour votre présence ici aujourd'hui. Votre témoignage fait clairement voir votre profond engagement personnel. Je vous en félicite. Peut-être est-ce ce dont nous avons besoin dans cette situation, des gens comme vous prêts à assumer ce qui doit se faire. Il me semble que c'est une question très personnelle, que cela n'est peut-être pas aussi rémunérateur, comme vous l'avez dit, que dans d'autres domaines, mais cela montre l'importance du rôle que vous jouez. Je vous remercie sincèrement d'être venu ici aujourd'hui.

Dr Berger: Merci.

Le président: Étant donné le peu de temps dont nous disposons, nous pouvons passer maintenant au témoignage du docteur Gilmore.

Le président: Nous reprenons la séance.

[*Text*]

We have a continuation of our presentation this afternoon, by Dr. Norbert Gilmore from McGill University. Doctor, we welcome you to the committee.

• 1630

May I remind members that we are on a fairly tight schedule. I have been trying to be as fair and lenient as usual with the time, but we are going to have to stick fairly closely to five-minute rounds, if it is agreeable to members.

Someone suggested that we could move up the 8 p.m. meeting, but we have no way of contacting the witnesses, who are on their way from New Haven, Connecticut. I do not know if they will be here sooner. If they were, then we could start earlier perhaps. But they are scheduled for 8 p.m., and probably there is no other way of arranging for them to get here sooner.

Dr. Gilmore, we look forward to your presentation.

Dr. Norbert Gilmore (McGill University): Thank you. Let me begin by expressing my gratitude to the chair and members of the standing committee for the opportunity to present on this HIV epidemic in Canada. I have been here once before, in December 1985. I was then chairman of the National Advisory Committee on AIDS. Today, however, I will be speaking to you as a physician, as a researcher or scholar, and as a teacher at McGill University.

I would like to review some of the aspects of the HIV epidemic and its consequences, trying to emphasize and analyse it from the perspectives of three major topics—prevention, care, and protection—and trying to emphasize some of the economic aspects of this.

As an aside, I would like to mention that some of the implications of this epidemic go far beyond itself, that many of the problems and issues raised by the epidemic are neither unique to this epidemic nor new issues, and many of the aspects of this epidemic can be looked at not only as an end in themselves that must be addressed but also as a model for many other aspects of our Canadian health care system and our social and welfare systems.

The other point I would like to make at the beginning is that there have been at least four major reports on this epidemic in Canada, as well as a book that my colleagues at the McGill Centre for Medicine, Ethics and Law have written. Three of these reports have each called for greater action, co-ordination, and funding by the federal government, along with making specific recommendations relating to this epidemic, its consequences and management. The fourth report presents the response of the Department of National Health and Welfare to this epidemic. I do not intend to address these reports specifically.

Much has been known now about this epidemic in Canada, many of the problems and issues it raises but that remain unsolved or unresolved. Time, experience with, and research on this epidemic have characterized many of its features; nevertheless, the epidemic continues to be an extremely serious health problem in Canada.

[*Translation*]

Nous continuons maintenant les exposés de cet après-midi avec le docteur Norbert Gilmore, de l'Université McGill. Docteur, nous vous souhaitons la bienvenue à notre comité.

J'aimerais vous rappeler que nous courons contre la montre. J'ai essayé d'être aussi juste et aussi souple que possible pour ce qui est du temps alloué, mais je vais devoir appliquer assez strictement la règle des tours de cinq minutes, si vous êtes d'accord.

Quelqu'un a recommandé d'avancer la réunion de 20 heures, mais il nous est impossible de communiquer avec les témoins, qui sont en route de New Haven, au Connecticut. Je ne sais pas s'ils arriveront plus tôt. Le cas échéant, nous pourrons peut-être commencer plus tôt. Cependant, comme ils sont attendus pour 20 heures, il n'y a peut-être aucun moyen de les faire venir en avance.

Docteur Gilmore, à vous la parole.

Dr Norbert Gilmore (Université McGill): Je vous remercie. J'aimerais tout d'abord remercier le président et les membres du comité permanent de l'occasion qu'ils me donnent d'exprimer mon point de vue sur l'épidémie de sida au Canada. J'ai déjà comparu devant ce comité en décembre 1985. J'étais alors président du Comité consultatif national sur le sida. Aujourd'hui, toutefois, je vous entretiendrai en ma triple qualité de médecin, de chercheur et d'enseignant à l'Université McGill.

Je me propose d'aborder quelques-uns des aspects de l'épidémie de VIH et de ses conséquences en m'efforçant de conduire cette analyse sous trois angles: la prévention, le traitement et la protection, et d'insister sur la dimension économique de cette question.

En aparté, je tiens à préciser que les conséquences de cette épidémie vont bien au-delà de la maladie elle-même. Un grand nombre des problèmes et des enjeux qui découlent de cette épidémie ne sont pas particuliers à cette dernière et n'ont rien de nouveau, et il faut voir, dans la plupart des facettes de cette épidémie, non pas une finalité à laquelle il convient de s'attaquer, mais un modèle que nous pouvons appliquer à d'autres volets de notre système de santé canadien et de nos services sociaux et de bien-être.

L'autre chose que je veux signaler dès à présent, c'est qu'au moins quatre rapports importants ont été publiés sur cette épidémie au Canada, de même qu'un ouvrage écrit par mes collègues du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill. Dans trois de ces rapports, on réclame plus de mesures, plus de coordination et plus de fonds du gouvernement fédéral et on y formule des recommandations particulières concernant cette épidémie, ses conséquences et sa gestion. Le quatrième rapport constitue la réponse du ministère de la Santé et du Bien-être social à cette épidémie. Je n'ai pas l'intention de parler de ces rapports dans le détail.

On en sait à présent beaucoup sur cette épidémie au Canada, sur les problèmes et les questions qu'elle soulève, mais qui demeurent sans réponse, sans solution. On a consacré beaucoup de temps et de recherche à étudier cette épidémie, mais elle continue, malgré tout, à constituer un grave problème de santé au Canada.

[*Texte*]

The outlook for it, while not catastrophic, is not very optimistic. HIV, or human immuno-deficiency virus, is now endemic in Canada and will remain so for decades. At this time there is neither a vaccine nor a cure for this infection, nor is there likely to be one in the immediate future. So the primary objective for controlling it has to be to prevent new infections.

Sustained efforts, increased resources, and unremitting vigilance are needed if efforts to diminish its spread and its impact are going to be successful. Such an objective appears to be endorsed by most Canadians and their various governments, but the magnitude of commitment to this objective of preventing further infections reflected in the resources allocated to achieving such an objective is really unclear and uncertain.

Fewer than 5,000 Canadians have been reported to have AIDS. While this might appear to be a small number of people with life-threatening disease, it underestimates the size and growth of this epidemic in Canada. Between 30,000 and 50,000 Canadians appear to be infected with this virus. More importantly, every day Canadians continue to be exposed to it, and some infected as a result.

There is a major problem here of the precision or certainty of a lot of the data relating to this. This emphasizes our need for increased research and also the resources to carry out that research.

• 1635

One of the greatest of concerns is that of the ignorance of the rate at which Canadians are being infected and the changes in that rate. Surveys of newborns, women undergoing abortions, and people being treated for trauma will provide some of these data. This is already being undertaken. We have had discussions about this already earlier in this testimony. Such research is essential despite the controversies it can generate.

Preventing transmission of HIV is a daunting challenge that requires changing behaviour so that exposure to HIV is avoided or minimized and so that this behaviour change can be sustained lifelong.

Research is urgently needed, including the resources to carry it out, to establish what methods are most effective in preventing HIV transmission. This also applies in almost every other aspect of this epidemic. There is greater research needed.

There is consensus that intensive prevention efforts need to be targeted to some Canadians. They include youth, in particular street youth; indigenous peoples; people in the risk-producing sex trade; people who share their injection equipment during non-medical injection drug use; prisoners; and women.

[*Traduction*]

Quant à l'avenir, même s'il n'est pas catastrophique, il n'est pas très rose non plus. Le VIH, ou virus d'immuno-déficience humaine, sévit à présent à l'état endémique au Canada, et il en sera de même pour des décennies. Pour l'instant, il n'existe encore ni vaccin ni remède pour cette infection et il est peu probable qu'on en trouve dans un avenir immédiat. C'est pour cela que l'essentiel des mesures de contrôle a porté sur la prévention de la propagation de l'infection.

Si l'on veut que les efforts déployés pour éviter que cette épidémie ne se répande donnent des résultats, il faudra redoubler d'efforts, accroître les ressources consacrées à la lutte et faire preuve d'une vigilance soutenue. La plupart des Canadiens et leurs différents gouvernements semblent appuyer cet objectif, mais l'on perçoit encore mal l'ampleur de la tâche à accomplir, celle d'empêcher la propagation de l'infection, qui est concrétisée dans les ressources mobilisées à cette fin.

Moins de 5000 Canadiens sont déclarés atteints du sida. Or, ce faible nombre de personnes atteintes d'une infection sévère nous porte à sous-évaluer la gravité de cette épidémie au Canada. C'est quelque 30,000 à 50,000 Canadiens qui semblent être porteurs du virus. Mais il y a plus grave: tous les jours, des Canadiens continuent d'être exposés à ce virus que certains contracteront.

Et l'un des principaux problèmes auxquels on a à faire face dans ce cas est l'absence de précision de la plupart des données qui nous sont transmises. Voilà pourquoi il nous faut insister sur la recherche et accroître les ressources nécessaires à cette recherche.

L'ignorance du taux de propagation de cette infection, et les changements dans ce taux sont des plus préoccupants. Le suivi, déjà entrepris auprès des nouveau-nés, des femmes qui se font avorter et des patients traités pour traumatisme, nous fournira une partie de ces données. Mais il a déjà été question de cela au début de ce témoignage. Cette recherche est essentielle, malgré la controverse qu'elle soulève.

La prévention de la transmission du VIH est une tâche dantesque, qui implique un changement de comportement susceptible d'éviter l'exposition au virus ou de la réduire, un changement de comportement qui doit s'opérer de sorte à être durable.

Il est urgent que nous entreprenions la recherche dans ce domaine, et que nous disposions des ressources nécessaires pour ce faire afin de déterminer quelles seront les méthodes les plus efficaces de prévention de la transmission du VIH. Et cela est vrai pour presque tous les autres aspects de cette épidémie. Il faut accentuer la recherche.

Nous sommes tous d'accord sur le fait que nous devons adopter des mesures de prévention incitatives dans le cas de certains Canadiens. Je veux parler des jeunes, surtout des enfants de la rue; des autochtones; des personnes dont le commerce sexuel présente un danger; de ceux et celles qui échangent leur matériel d'injection dans l'utilisation de drogues à des fins non médicales; des prisonniers et des femmes.

[*Text*]

The rapid spread of HIV amongst injection drug users in some countries and the rising prevalence of HIV in this population in Canada emphasize the urgency to act decisively and effectively to stop this mode of transmission.

Women of child-bearing age represent another population for which intervention is urgently needed, in particular because of their vulnerability to exposure and the subsequent risk of transmission to the foetus or their infants.

Condoms, clean needles and syringes, counselling and HIV antibody testing need to be available, accessible, and importantly, acceptable to Canadians who need them. Needle and syringe exchange, condom distribution and counselling for injection drug users are already available in Vancouver, Toronto, Montreal and, I believe, Victoria. In other centres such services are being planned.

Regardless of its divisiveness, this aggressive approach to prevent HIV transmission is likely to prove to be one of the most important and cost-effective efforts preventing further HIV transmission in Canada.

At the same time, there is a very serious shortage of treatment and rehabilitation services for drug dependency in Canada. As this epidemic continues, this shortage is likely to become worse. Finding a balance between the medicalization and the criminalization of drug dependence is also an essential need in Canada—a balance that enables both supply and demand issues of drug misuse needs to be addressed.

Counselling and HIV antibody testing are becoming increasingly important tools in preventing HIV transmission. Their acceptability by many Canadians is limited because of fears that confidential information about people seeking counselling and undergoing testing may be disclosed. Disclosure-prone conditions for testing such as the unavailability of anonymous antibody testing, counselling, and testing itself, requirements for nominal reporting and contact tracing by public health authorities can seriously deter some Canadians from seeking counselling, testing and, importantly, the health care they may need.

Another issue is that of the development of communities in which the prevalence of HIV and the incidence of HIV are increased. This is essential, I believe, for effective prevention, care and protection of people.

First, it is important in preventing HIV transmission through the education of its community members. Second, it is important for care of community members themselves who are infected or who are ill. Third, through advocacy it can educate care providers, government authorities and society.

[*Translation*]

La propagation rapide du VIH parmi les consommateurs de drogues injectées dans certains pays et la prédominance croissante du VIH dans cette population au Canada prouvent l'urgence qu'il y a d'agir de façon efficace et résolue afin d'arrêter ce mode de transmission.

Les femmes en âge de procréer sont un autre segment de la population pour lequel l'intervention est urgente, surtout à cause de leur vulnérabilité à l'exposition et aux risques subséquents de transmission du VIH au foetus ou au bébé.

Il faut rendre accessibles les condoms, les aiguilles et les seringues stériles, les services de conseil et de détection de l'anticorps anti-VIH et, plus important encore, il faut que tout cela soit acceptable aux yeux des Canadiens qui doivent s'en prévaloir. L'échange d'aiguilles et de seringues, la distribution de condoms et les conseils à l'intention des consommateurs de drogues injectées sont déjà offerts à Vancouver, Toronto, Montréal et, je crois, à Victoria. Et l'on prévoit offrir de tels services dans d'autres centres.

Malgré sa nature controversée, cette approche énergique à l'enraiement de la transmission du VIH est celle qui a le plus de chance de donner des résultats au Canada.

D'un autre côté, et dans le domaine de la dépendance au Canada, on constate un manque très important de services de traitement et de réadaptation. Sous l'effet de l'aggravation de l'épidémie, ce manque pourrait être encore plus cruellement ressenti. De plus, il faudrait trouver un équilibre entre la nécessité de soigner la dépendance, d'une part, et la nécessité de la criminaliser, un équilibre qui nous permettrait de régler le problème de l'offre et de la demande en matière d'abus de drogue.

Les services de conseil et de dépistage anti-VIH prennent une importance croissante dans la lutte contre la transmission du virus. Toutefois, ils sont assez mal acceptés par de nombreux Canadiens, qui craignent que le nom des personnes qui ont recours aux services de conseil et qui subissent des tests ne soit révélé. L'existence de conditions favorables à la divulgation de renseignements, notamment à cause de l'absence de procédure de dépistage et de prestation de conseils garantissant l'anonymat, de l'exigence faite aux médecins de fournir des rapports nominatifs et de la recherche des contacts dont se chargent les responsables de la santé publique, risque de dissuader certains Canadiens de se prévaloir des services de conseil, de dépistage et, plus grave encore, des services de soin dont ils peuvent avoir besoin.

Un autre volet de notre intervention est celui de la constitution de collectivités où la prévalence et l'incidence du VIH sont en augmentation. Je crois que cette façon de procéder est essentielle si nous voulons pouvoir adopter des programmes de prévention, de soin et de protection qui soient efficaces.

Tout d'abord, cette solution nous permet d'éviter la transmission du VIH par le biais de l'éducation des membres de la collectivité. Deuxièmement, elle nous permet de soigner les membres de la collectivité qui sont porteurs du virus ou qui sont malades. Troisièmement, par le jeu de défense des intérêts auquel elle donne lieu, cette solution nous permet d'éduquer le personnel de santé, les autorités gouvernementales et la société en général.

[*Texte*]

Strong communities can promote support and make available therapeutic interventions and research efforts as well as protect and enhance the autonomy and the efficacy of communities and their members. The Canadian AIDS Society, its many local organizations, Persons Living with AIDS Coalition, and philanthropic organizations such as the Canadian Foundation for AIDS Research are outstanding examples of these efforts which I believe need to be promoted and sustained.

From the point of view of prevention as well, Canada does not appear to have a national educational effort for preventing HIV transmission. As the Royal Society report pointed out, health care and lost opportunity costs resulting from HIV infection can be saved by preventing transmission, and this would more than pay for the educational efforts needed to prevent new infections in Canada.

Nevertheless, the actual expenditures for national prevention efforts appear to be very limited. Increased resources need to be allocated to educate Canadians so they will not expose themselves to HIV and, more importantly or equally importantly, to sustain the behaviour of Canadians who have modified their behaviour so that they are no longer being exposed to this virus, or no longer exposing others to it. This is an urgent need because Canadians continue to be exposed to HIV and each new infection consumes already scarce resources that could prevent further infections.

• 1640

The exact resources needed for HIV prevention in Canada and the specific methods necessary to prevent or reduce risk-producing behaviour by Canadians are uncertain. Determining what resources should be and can be allocated for this purpose is a very difficult process involving analysis of benefits and burdens within the framework of this epidemic, health promotion in general and outside of it. It requires balancing the competing needs and values of HIV transmission with those of other problems, such as unemployment, domestic violence, cancer and aging.

As an aside, one of the most difficult issues I have been trying to grapple with myself is how to balance these competing needs and so on and to give a sense of priority of where AIDS may belong in this type of framework. It is extremely difficult.

From the point of view of care, the medical community's conceptualization of HIV infection and disease is changing today. HIV infection is no longer considered to be an inevitably fatal disease, but rather a chronic illness for which early and aggressive intervention can be beneficial. This includes promoting HIV antibody testing, the use of anti-viral drugs such as AZT or Ziodovudine and prophylaxis against the most common infection persons with AIDS, that is,

[*Traduction*]

Les communautés les plus fortes peuvent promouvoir des services de soutien et assurer les interventions et la recherche thérapeutique, de même que protéger et améliorer l'autonomie et l'efficacité de la collectivité et de ses membres. L'action menée par la Société canadienne du sida, et par ses nombreuses ramifications locales, par la Coalition des personnes atteintes du sida, et par des organismes philanthropiques, comme la Fondation canadienne pour la recherche sur le sida, sont de parfaits exemples des efforts déployés dans ce sens et que nous devons, quant à moi, encourager et soutenir.

Pour ce qui est de la prévention, il ne semble pas que le Canada dispose d'un moyen d'information national destiné à éviter la transmission du VIH. Comme le souligne le rapport de la Société royale, les coûts inhérents aux soins de santé et aux manques à gagner, à cause de l'infection du HIV, pourraient être évités si l'on parvenait à enrayer la transmission du virus. Ce faisant, les avantages qu'on en retirerait compenseraient de beaucoup l'effort d'information destiné à enrayer la transmission du virus au Canada.

Pour l'instant, cependant, les dépenses réelles en matière de prévention nationale semblent très limitées. Il faut allouer plus de ressources à l'information des Canadiens, afin qu'ils ne s'exposent pas au VIH, et, tout aussi important, voire plus important encore, pour encourager les Canadiens qui ont changé de comportement pour ne plus être exposés au virus ou pour ne plus exposer personne d'autre. La chose est urgente parce que des Canadiens continuent d'être exposés au VIH et que chaque nouveau cas d'infection vient gruger les maigres ressources qui pourraient nous permettre d'éviter d'autres infections.

Nous ne savons pas exactement de quelles ressources nous avons besoin pour enrayer l'épidémie de VIH au Canada. Nous ne savons pas, précisément, quelles méthodes nous devons employer pour combattre ou atténuer les comportements à risque de certains de nos compatriotes. Il est donc très difficile de déterminer le niveau et la destination des ressources nécessaires à cette fin. Pour cela, nous devrons analyser les coûts et les bénéfices de la promotion de la santé, en regard de cette épidémie et en marge de celle-ci. Nous devrons soupeser les caractéristiques de la lutte contre la transmission du VIH, d'une part, et celles des autres problèmes, d'autre part, comme le chômage, la violence domestique, le cancer et le vieillissement de la population.

Soit dit en passant, et dans ce contexte, la recherche d'un moyen d'équilibrer ces besoins rivaux et de prioriser l'intervention relative au sida est une des démarches les plus difficiles que j'ai entreprises.

Pour ce qui est des soins, le corps médical ne perçoit plus l'infection par le VIH et la maladie de la même façon. On n'estime plus, en effet, que cette infection soit une maladie forcément mortelle, mais on y voit plutôt une maladie chronique pour laquelle une intervention précoce et énergique pourrait s'avérer bénéfique. Cette intervention comprend la promotion de la détection de l'anticorps anti-VIH, l'utilisation de médicaments antiviraux, comme l'AZT

[*Text*]

pneumocystis carini pneumonia. Although the increase in the number of persons alive because of this early and aggressive intervention may at least transiently increase health care expenditures, this has to be balanced against the potential contribution of society to those who survive because of this intervention.

Direct health care costs of HIV disease appear to be decreasing. There have been major efforts to promote self-care, community-based care of people who are infected, to develop interdisciplinary and case management approaches and shift care from in-patient to out-patient settings, and to establish assisted housing and hospices. Many of these innovations appear to be cost-effective and studies to confirm this impression are under way, but they are unfortunately not yet complete.

Importantly, while these changes may appear to be cost-saving at an institutional or program level, there is a risk that on the global level they may only represent the redistribution of costs to communities and their immediate social units for those who require this care. Health care costs are changing because of these innovations and they appear to be much lower than those estimated in the Royal Society report of 1988. I do not have specific information on those numbers at the moment, but my suspicion is that there have been some rather dramatic decreases in direct health care costs specifically related to decreased numbers of hospitalizations, perhaps shorter hospital stays and much more out-patient care.

Health care workers are a particular group at risk to HIV exposure. Health care workers may have as much a lifetime risk of a fatal outcome from HIV infection, if they become infected, because of their exposure to this virus through injuries and so on in the workplace that maybe approaches 1%. This is the same as the life-threatening risk for firefighters and electrical power line workers. This is a totally theoretical estimate, I must emphasize, yet it does underscore one of the bases for great concern in the health care workplace today, that people will injure themselves and be exposed to HIV.

Universal precautions are being strongly enforced, although compliance with their guidelines is rather poor. The situation is not unlike condom use in many parts of Canada. AZT and Ziodovudine is also available, maybe a costly treatment for preventing infection once a person has been accidentally exposed. Unfortunately, we do not have any evidence at this time of its efficacy in this situation.

There are great fears about being exposed to HIV in the workplace. It is a real disincentive for many people to enter and care for people who have HIV infection. Refusal to care for HIV-infected Canadians is another potential consequence

[*Translation*]

ou la ziodovudine, et le recours à des prophylaxies contre l'infection la plus commune chez les personnes atteintes de sida, autrement dit la pneumonie, la pneumocystis carinii. Certes, l'augmentation du nombre de personnes maintenues en vie grâce à cette intervention précoce et énergique risque d'accroître, du moins de façon temporaire, les dépenses en soins de santé, mais cela doit être envisagé en regard de la contribution potentielle que ces personnes peuvent avoir pour la société, à la suite d'une telle intervention.

Il semble que les coûts directs des soins de traitement du VIH soient en déclin. On a déployé d'importants efforts pour promouvoir l'autonomie dans les soins, les soins dispensés au sein de la collectivité, l'adoption d'approches interdisciplinaires et, dans le domaine de la gestion des cas, le passage des soins internes aux soins externes et l'ouverture de logements et d'hospices de soins. Il semble que la plupart de ces innovations soient rentables, ce que devraient confirmer les études en cours, qui, malheureusement, ne sont pas encore terminées.

Il convient toutefois de remarquer que, même si ces changements semblent être synonymes d'économies à l'échelon des établissements ou des programmes, à une échelle plus globale, ils risquent fort de ne donner lieu qu'à une redistribution des coûts pour les collectivités et les unités sociales immédiates où se trouvent ceux qui ont besoin de ces soins. Sous l'effet de ces changements, on assiste à une transfiguration des coûts des soins de santé, qui semblent nettement inférieurs à ceux estimés dans le rapport de 1988 de la Société royale. Je ne dispose pas encore des chiffres précis, mais je suppute que les coûts directs de soins de santé ont très nettement diminué, surtout sous l'effet d'une réduction du nombre d'hospitalisations, peut-être même d'une durée moindre de ces jours en hôpital et d'une augmentation du nombre de soins externes.

Les professionnels de la santé constituent un groupe à risque particulier exposé au VIH. En effet, ils courent tout autant de risques que les autres groupes, durant toute leur vie, de mourir du sida, car ces professionnels sont exposés au VIH lors de blessures, etc., subies en milieu de travail. Le nombre de ces professionnels susceptibles d'être affectés de cette façon frise le 1 p. 100. C'est d'ailleurs la même proportion, en matière de risques professionnels, que dans le cas des pompiers et des monteurs de lignes. Cette évaluation est théorique, je dois le préciser, et elle ne fait que souligner l'une des grandes préoccupations actuelles du milieu de la santé, le fait qu'il est possible, à cause de blessures, d'être exposé au VIH.

On a imposé des précautions universelles, bien que les directives ne soient pas toujours bien suivies. Il y a d'ailleurs un parallèle entre cette situation et celle qui concerne l'utilisation du condom dans de nombreuses parties du Canada. Bien sûr, on dispose de l'AZT et de la ziodovudine pour éviter l'infection chez les personnes ayant été accidentellement exposées au virus. Mais il s'agit là d'un traitement coûteux, et nous n'avons malheureusement pas la preuve, pour l'instant, de son efficacité.

En milieu de travail, les craintes d'être exposé au VIH sont grandes. Et celles-ci ont un effet dissuasif chez les candidats aux professions médicales et chez ceux qui sont appelés à soigner les malades porteurs du VIH. Une autre

[*Texte*]

of this fear and this risk, but it is ethically unacceptable and has been firmly denounced by such organizations as the Canadian Medical Association. The economic impact of this risk, including disability and compensation costs, and the cost benefits of minimizing exposure by universal precautions and by the post-exposure use of drugs such as AZT are, unfortunately, unclear at this point in time.

• 1645

Another issue is that burn-out, or what I think is more carefully called battle fatigue, is a very serious one. Again, this involves all sectors of the health care system from community-based volunteers to professionals such as nurses and physicians. It will undoubtedly be aggravated by the increasing care and treatment needs as this epidemic expands. It will also be aggravated by the resistance of many workers to seek work, or to continue it, or to demand additional compensation for their work when there is even a small risk that they may be exposed.

From the point of view of protection, co-operation, not coercion, is essential for controlling this epidemic. Like earlier epidemics, the HIV epidemic has been characterized by conflicts between the protection of the uninfected public's health and protection of the rights and dignity of infected people and their communities. How these conflicts are resolved determines what programs and policies are implemented to control this epidemic. Those who promote individual responsibility of everyone in society regardless of whether they are or are not infected will promote co-operation and minimize coercion.

The public health individual rights dilemma has often sent conflicting messages to people who are infected or at risk of HIV infection and to the communities, encouraging them to undergo HIV antibody testing, while at the same time placing potentially harmful or disclosure-prone conditions on such testing. This has resulted in confusion, ambivalence, or resistance to being tested or to seeking health care.

These conditions reflect fundamentally different approaches to this epidemic. One emphasizes control or coercion; the other, co-operation. The coercive approach demands reporting of HIV-infected people and an active contract tracing of them by public health authorities, whereas a co-operative approach encourages testing and counselling, sometimes anonymously, in the absence of direct public health intervention.

[*Traduction*]

conséquence de cette crainte découlant du risque dont je viens de parler est le refus de soigner les Canadiens atteints du VIH, même si un tel comportement est inacceptable au plan déontologique et s'il a été fermement dénoncé par des organismes comme l'Association médicale canadienne. L'incidence économique de ce risque, notamment sous la forme des coûts de compensation pour invalidité, et les avantages financiers que représente la réduction de l'exposition par le recours à des précautions universelles et à des médicaments post-exposition, comme l'AZT, sont, malheureusement, encore mal définis.

L'autre aspect préoccupant est celui de l'épuisement professionnel, ou de ce qu'on pourrait appeler plus justement, l'épuisement au combat. Une fois encore, ce sont toutes les strates du système de santé qui sont touchées, des bénévoles qui travaillent dans les collectivités aux professionnels commes les infirmiers et infirmières et les médecins. Et ce phénomène se trouvera forcément aggravé sous l'effet du gonflement des besoins de soins et de traitements découlant de la propagation de cette épidémie. Il sera aussi aggravé par la réticence qu'éprouveront un grand nombre de travailleurs à continuer de travailler ou par leur désir d'obtenir une compensation supplémentaire dès qu'ils seront susceptible d'être exposés au plus petit risque.

Pour ce qui est de la protection du public, c'est la coopération, et non la coercition, qui est essentielle dans le contrôle de l'épidémie. A l'instar des épidémies passées, celle du VIH s'est caractérisée par des conflits entre la protection de la santé du public non atteint et la protection des droits et de la dignité des personnes porteuses du virus et de leur communauté. La façon dont ces conflits sont résolus est déterminante dans le choix des programmes mis en oeuvre pour contrôler l'épidémie. Ceux qui favoriseront la responsabilisation individuelle de tous les membres de la société, qu'ils soient ou non atteints, favoriseront effectivement la coopération et réduiront le niveau de coercition.

A cause du dilemme qui caractérise la question des droits de chacun de bénéficier des services de santé publique, les personnes porteuses du VIH ou risquant de l'être, ainsi que les milieux de ces personnes, ont ressenti une certaine confusion dans les messages. D'une part, elles se sentent poussées à se prêter à un test de détection de l'anticorps anti-VIH et, d'autre part, elles sentent qu'elles risquent d'être exposées par l'existence de conditions propices au dévoilement de renseignements personnels. Résultat: on constate que le public est confus, qu'il a des sentiments mitigés, et même qu'il est réticent à se faire tester ou à obtenir des soins de santé.

Tout cela découle de démarches fondamentalement différentes dans la lutte contre cette épidémie. Il y en a une qui insiste sur le contrôle ou la coercition et l'autre sur la collaboration. La démarche coercitive, elle, exige que l'on déclare les personnes porteuses du VIH et que l'on recherche activement leurs contacts, alors que l'approche coopérative insiste beaucoup plus sur le dépistage et les conseils d'orientation, parfois anonymes et dans tous les cas exempts de toute intervention des autorités de la santé publique.

[*Text*]

Wrongful discrimination must be prevented and those vulnerable to it must be protected. Ignorance or misunderstanding about HIV transmission has resulted in irrational and harmful reactions against those who are infected or at risk of infection. For many uninfected people HIV is considered to be "evil", AIDS its metaphor, and those who are infected and can expose others are its pariahs. Sometimes this perception is generalized to those who have been exposed to HIV or those whose behavior can expose them to HIV.

These people do not necessarily fear biological HIV infection, illness and death, but rather they fear being exposed to and becoming evil. Thus, the roots of many of the fears and harms of this epidemic reach deeply into the social, mental and moral fabric of society. There is little wonder that such conceptualizations can lead to stigmatizations, sterotyping, so-called "othering", wrongful discrimination and other harms, including the restrictions on travel and immigration, for example, that characterize this epidemic.

The disclosure of confidential information is a major risk in this epidemic and a deterrent to seeking care. Irrational and harmful reactions against infected people can occur only when those people are known, or are erroneously perceived at times to be infected. Consequently the confidentiality of HIV-related personal information is one of the predominant issues in this epidemic.

Protecting infected people primarily involves eliminating the ignorance and misunderstanding of others about HIV infection; that is, the education of those who might avoidably harm people who are infected or have been exposed to HIV. Secondarily, it demands that these people understand that HIV-related personal information cannot be abused and should be divulged only when this is warranted. This means that such information be disclosed only when it is consented to, when such disclosure is ethically justified or required by law. Actively prohibiting such harmful reactions may, at times, be required. This may including formulating such things as human rights and privacy commission policies, or soft law approaches through policies within institutions and so forth.

The HIV epidemic has had and will continue to have impact on almost every Canadian and every sector of daily life in Canada. For some this impact will be indirect and almost transparent, while others will be confronting infection, illness and possibly death.

• 1650

The resources necessary to deal with this are unclear at this point in time. The issues AIDS raises go far beyond AIDS itself into the overall organization, structure, and funding of the Canadian health care system, but AIDS is

[*Translation*]

Il faut éviter toute discrimination et protéger les personnes vulnérables. L'ignorance ou l'incompréhension des voies de transmission du VIH a donné lieu à des réactions irrationnelles et même dommageables contre les personnes atteintes ou risquant de le devenir. Pour la majorité des personnes non atteintes, le VIH est «maléfique», le sida en est la métaphore et ceux qui en sont atteints et qui peuvent le transmettre à d'autres sont des parias de la société. Parfois même, on retrouve cette perception chez ceux qui ont été exposés au VIH et chez ceux dont le comportement peut les exposer au VIH.

Ces personnes ne redoutent pas forcément d'être atteintes par le VIH, de tomber malade et de mourir mais elles craignent plutôt d'être exposées à ce virus et donc de devenir une plaie sociale. Comme on peut le voir, ces craintes et ces préjugés prennent leurs racines au coeur même du tissu social, mental et moral de la société. Il ne faut pas s'étonner que de telles perceptions débouchent sur un phénomène de stigmatisation, de stéréotypes, de discrimination et de comportements dommageables divers, notamment les restrictions imposées aux déplacements et à l'immigration qui caractérisent cette épidémie.

La divulgation de renseignements confidentiels est un des principaux obstacles à la lutte contre cette épidémie et, pour les personnes atteintes, à la recherche de soins. Il ne peut y avoir de réactions irrationnelles et dommageables pour les personnes atteintes que si le nom de celles-ci est connu ou si on croit, à tort, qu'elles peuvent être atteintes. Par conséquent, il est crucial que l'on assure la confidentialité de tous les renseignements personnels relatifs au VIH.

La protection des personnes atteintes passe nécessairement par l'élimination de l'ignorance et des malentendus en matière d'infection par le VIH; pour cela, il faut informer ceux qui risquent, inutilement, de faire du tort aux personnes atteintes ou qui ont été exposées au VIH. Par ailleurs, ces gens doivent comprendre qu'il ne faut pas mésuser de ces renseignements personnels relatifs au VIH, et qu'ils ne doivent être divulgués que lorsque la situation s'y prête. Autrement dit, ces renseignements ne doivent être divulgués que dans certaines situations: si le patient y consent, si une telle divulgation se justifie sur le plan éthique ou si elle est exigée par la loi. Il sera peut-être nécessaire d'interdire énergiquement de telles réactions dommageables. Pour cela, il faudra peut-être aller jusqu'à demander aux commissions des droits de la personne et de protection de la vie privée de formuler des politiques ou à adopter une approche en douceur, sur le plan juridique, par la mise en oeuvre de programmes dans les établissements, par exemple.

L'épidémie de VIH a eu et continuera d'avoir une incidence sur presque tous les Canadiens et dans presque tous les secteurs d'activité au Canada. Pour certains, cette incidence sera indirecte et quasiment transparente, alors que d'autres seront aux prises avec l'infection, la maladie, et éventuellement la mort.

On ne sait pas encore de quelles ressources il faudra disposer à ce chapitre. Les problèmes inhérents au sida vont bien au-delà du sida lui-même, pour se retrouver sur le plan de l'organisation, de la structure et du financement du

[*Texte*]

forcing us to look at those issues. The various reports that have been done on AIDS have called for action, co-ordination, and resources. I think we need those, particularly more research to know where to do this and how to do it more effectively.

We must always keep in mind that the major objectives of all this are the prevention of infection, the care of those who are infected, and the protection of those vulnerable to the consequences of this epidemic.

It is very clear to us that we need more resources. The precise amounts and how they should be arrived at is unclear. With what funds we do have, we also need greater accountability of their use to ensure that we are getting done the jobs that need be done.

Finally, we need to emphasize more the balancing of co-operation versus coercion of costs and benefits in one specific area, that of medicalization versus criminalization in drug misuse. In the end we are looking at a series not just of dollars and cents but of values, and I hope that what we will do well for HIV may be done also as a model for many other diseases and many other situations in Canada. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Gilmore.

Mr. Karpoff: In view of the time, I am going to keep my questions to a minimum, although you have touched on so many subjects.

Dr. Gilmore: I must apologize for covering so much, but it is very difficult.

Mr. Karpoff: It is one of the first times I have heard a percentage in health care workers; you are saying that their risk may be as high as 1%. Has any study been done that would document the difference between health care workers who know they are caring for people who have AIDS as opposed to health care workers who may inadvertently come across an AIDS patient or a person who may not even be diagnosed as an AIDS victim? It seems to me that if you are a health care worker and you are aware that you are caring for a person with AIDs then you can take the precautions necessary to ensure that you do not become affected, that there is more risk if you are involved inadvertently.

Dr. Gilmore: There are three points. The first is that most of this data comes out of areas such as the United States, but not only there, where in particular locales a very high proportion of people are infected: inner city hospitals and so on. This would not be such a case in a very small, remote community, perhaps, where there is very little. On the other hand, just because one is in a small or remote area does not at all mean that HIV infection will not present itself there and be there. HIV tends not to respect the boundaries. We have learned that very clearly.

[*Traduction*]

système de santé canadien; cependant, le sida nous oblige à envisager toutes ces questions. Les divers rapports qui ont été produits sur le sida prêchent tous en faveur de l'action, de la coordination et de la mobilisation des ressources. Je crois que tout cela est nécessaire, et surtout qu'il faut insister sur la recherhce pour savoir où intervenir et comment être le plus efficaces.

Nous ne devons pas perdre de vue que le principal objectif de notre action est la prévention de l'infection, la prestation de soins aux personnnes atteintes et la protection de ceux et celles qui sont vulnérables aux conséquences de cette épidémie.

Il nous apparaît très clairement que nous avons besoin de plus de ressources. Par contre, ce qu'on ne sait pas, c'est de combien nous aurons besoin et sous quelles formes elles devront se présenter. Quant aux fonds dont nous disposons actuellement, nous devons faire en sorte que leur utilisation fasse l'objet d'une plus grande responsabilité et nous devons veiller à ce que le travail à faire le soit effectivement.

Enfin, nous devons insister beaucoup plus sur l'équilibre entre les coûts et les dividendes de la collaboration face à ceux de la coercition sur le plan de la médicalisation par rapport à la criminalisation de l'abus des drogues. En fin de compte, nous devons envisager la problématique non pas sous l'angle monétaire, mais sous celui des valeurs, et j'espère que nos réussites en matière de VIH tiendront lieu de modèle dans le cas d'autres maladies et d'autres situations que nous pourrons rencontrer au Canada. Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup, docteur Gilmore.

M. Karpoff: Étant donné l'heure, je vais m'efforcer de poser un minimum de questions, bien que vous ayez abordé un très grand nombre de sujets.

Dr Gilmore: Veuillez m'excuser d'avoir parlé d'autant de choses, mais c'est un sujet très difficile.

M. Karpoff: C'est une des premières fois que j'entends parler de proportion de personnes atteintes dans le cas du personnel soignant; vous estimez que cette proportion de personnes à risque peut atteindre 1 p.100. Est-ce qu'on a effectué des études pour comparer le personnel qui est conscient de soigner des gens atteints du sida et celui qui, accidentellement, peut avoir à traiter un patient atteint du sida ou même une personne pour qui le sida n'a pas encore été diagnostiqué? Il m'apparaît évident qu'un professionnel de la santé qui est conscient de soigner une victime du sida prend les précautions nécessaires pour ne pas être infecté et que le risque est plus grand lorsque le contact est accidentel.

Dr Gilmore: Il y a trois points à considérer. Tout d'abord, la majorité des données dont nous disposons proviennent des États-Unis, mais d'ailleurs aussi, où, dans des localités particulières, on a constaté l'existence d'une forte proportion de personnes atteintes: dans les hôpitaux du centre-ville, etc. Donc, ces données peuvent ne pas se confirmer dans le cas de petites collectivités éloignées où le nombre de sidéens est très faible. D'un autre côté, il ne faut pas croire que le virus du sida ne sévit pas dans les petites localités ou les régions éloignées. Le VIH ne connaît pas de frontière, ce que nous avons malheureusement établi très clairement.

[*Text*]

The second is that I do not know of any data that would clearly answer your question, though I would expect that if you knew there was no one infected in that environment, you had a test that would be absolutely clear about that, fine. The difficulty is that none of these tests that we can use are sufficiently foolproof. They are not foolproof. In the end we must still rely upon using the variety of universal precautions and so on, but the risk for the individual would obviously be much less if he knew he was dealing only with people who were not infected versus a population that was highly infected.

The problem that comes down to it, if I am answering your question correctly—and I hope this is so—is what one does with the information one generates when you know you have a population that is infected versus a population that is not. Who takes care of the population that is infected and what care do they get? That is our problem.

Mr. Karpoff: You may have answered the question, but you may have misunderstood the point of view. If I am a health care worker and I have worked in the health care field, I would feel much more comfortable knowing that I was treating people with AIDS. Then I would know I have to instruct my staff to take special procedures and develop a routine that would minimize the risk, rather than finding out six months after a person had been in my care facility that this was a person who had AIDS.

• 1655

Dr. Gilmore: Most of the precautions are being applied universally across the board to everyone for the simple reason that the tests may fail to detect someone some time. They are not foolproof, as I say; they are not 100% certain. As a result, one always has to use these precautions. They are relatively simple. They include things like wearing gloves and washing your hands, and so on.

The other one is that many of the accidents that have exposed people have been truly accidents—cuts, sharp instruments that have pierced the skin, traumatic injuries in the workplace. Now we get into accident prevention in general, and those are just regular practices that need to be followed.

The question is that we want everybody to follow these precautions, in general, everywhere. One does not necessarily need to go beyond that to extraordinary ones. There may be certain situations in which one is repeatedly exposed to injury, such as in the operating room working with, say, sharp instruments all the time, so that very specific things may need to be done. That is a little different. But in the day-to-day operation of the hospital, nursing, medical care and so on like that, just apply it universally.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Docteur Gilmore, votre présentation est une conférence. Il y a beaucoup de matière, et il faudrait des heures pour tout commenter.

À Montréal, vous êtes une autorité. Vous avez été président du Comité consultatif national. Vous savez que le gouvernement a consacré des efforts et beaucoup d'argent à ce problème. Où est la faiblesse en ce moment? Vous dites

[*Translation*]

Deuxièmement, je ne suis au courant d'aucune donnée qui me permettrait d'apporter une réponse précise à votre question, bien que seule l'existence d'une procédure de dépistage anti-VIH permette de garantir qu'on évolue dans un milieu non infecté. Malheureusement, aucun des tests existants n'est suffisamment fiable. Il n'y en a aucun qui soit fiable. En fin de compte, il faut se rabattre sur toute une gamme de précautions universelles, mais il faut savoir que les risques pour l'individu seraient bien évidemment moindres si l'on pouvait avoir la certitude que l'on n'est appelé à travailler qu'au contact de personnes non atteintes.

Donc, pour répondre correctement à votre question—ce que j'espère faire—on en vient au problème suivant: que fait-on à partir des renseignements dont on dispose, autrement dit que telle population est atteinte et que l'autre ne l'est pas? Qui prend soin de la population atteinte et quels soins dispense-t-on? Voilà le problème auquel nous sommes confrontés.

M. Karpoff: Vous avez peut-être répondu à ma question, mais vous n'avez pas compris le point de vue selon lequel je vous l'ai posée. Si je suis du personnel soignant, si je travaille dans le domaine des soins de santé, je me sentirai plus à l'aise si je sais que je suis appelé à traiter des gens atteints du sida. Je saurai alors que dois inviter mon personnel à prendre des procédures spéciales et à adopter un comportement susceptible de réduire le risque, et je ne me retrouverai pas dans la situation où, six mois après le passage d'une personne dans mon service, j'apprendrai que celle-ci était atteinte du sida.

Dr Gilmore: Si l'on applique la plupart des précautions de façon universelle, c'est-à-dire à tout le monde, c'est tout simplement parce que les tests de détection du sida ne sont pas fiables à 100 p. 100. Cela étant, tout le monde doit prendre ces précautions qui sont relativement simples: porter des gants, se laver les mains, etc.

D'un autre côté, la majorité des accidents sont effectivement des accidents: coupures, blessures occasionnées par des instruments coupants, blessures traumatiques subies en milieu de travail. Sur ce plan, on a affaire à la prévention des accidents en général et il suffit de suivre les pratiques courantes.

Par contre, il faut que tout le monde prenne ces précautions et partout. Il n'est pas nécessaire d'aller au-delà et de prendre des mesures extraordinaires. Certes, d'autres précautions pourront s'imposer dans des situations où le personnel est plus exposé, comme dans une salle d'opération, où l'on travaille en permanence avec des instruments coupants. Dans ce cas, c'est un petit peu différent, mais pour ce qui est des activités courantes dans un hôpital, dans le cadre des soins infirmiers, des soins médicaux, etc, les mesures de précaution universelles suffisent.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): Doctor Gilmore, your presentation is a lecture. There is a lot of material and one would need hours to comment everything.

In Montreal you are recognized as an authority. And as a former chairman of the National Advisory Committee on AIDS, you certainly know that the government assigned funds and devoted lots of efforts to solve that problem. So

[*Texte*]

que ce n'est pas suffisant et qu'il faut faire davantage. Ce sont les gouvernements provinciaux qui ont la responsabilité de l'administration des programmes de santé, mais il s'est certainement accompli quelque chose avec l'argent du gouvernement fédéral. Où sont les grandes faiblesses à l'heure actuelle? Vous en avez énuméré plusieurs, notamment l'éducation et la recherche, mais quelle est la priorité pour l'immédiat?

Dr. Gilmore: Thank you. It is a difficult question to answer. A national plan has been put forward. I think we need to see it carried forward. We also have reports, such as the report of the parliamentary ad hoc committee, that have addressed a very specific issue and have said that various things need to be done as well as some more general ones. I think we just need to see that all of these are carried out. The question is whether there is sufficient money to do this.

I think one of the problems has been the increasing complexity of AIDS—more drugs, more understanding of the disease, more people infected, more complex ways of caring for people, more complexity and understanding that you just do not tell people to use condoms and not to expose themselves, and so on. You have to really get in there and change their behaviour, which is a very complex process.

For example, with seat-belts, drinking and driving, smoking, we have had an immense problem. It has taken huge amounts of time and effort to do that. I think we have gone through a process of growing up with AIDS to realize this immense complexity, and it is very difficult to deal with it.

We have started a variety of programs over the years, some of which were not effective. They have changed, and so on. I think we are probably eventually going to settle down with a national plan that will say: this is what a federal government can do, and this is what we expect provincial governments to do; we have to work through them. This is where we are today, and this is what will have to be done.

I think the problem we may have is that we may not have sufficient funds to carry out some of those things and we may have to dismantle some. I know there are rumours going on that there is going to be a major shortage of research funds next year from the National Health Research Development Program. There are just not enough funds for further research. I have always looked at research as an investment, not an expense. It brings on manpower, puts technology together, makes us prepared to deal with the new things that come along. It is a long-term investment at that. So there is another example.

[*Traduction*]

what is our weakest area at the present time? You say that we do not do enough, that more is needed. While provincial governments are indeed responsible for managing health care programs, whatever has been accomplished so far was with the funds of the federal government. So, what are our major weaknesses at the present time? You mentioned several of them, including education and research, but what is the immediate priority?

Dr Gilmore: Je vous remercie. C'est une question difficile. Il faut savoir qu'un plan national a été mis sur pied, mais il faut attendre de voir quels résultats il va donner. On dispose également de rapports, comme celui du Comité parlementaire spécial, qui concernent des questions bien particulières et qui énoncent un certain nombre de choses à faire, de même que des mesures d'ordre plus général. Je crois qu'il faut juste attendre que tout cela soit mis en oeuvre. Par contre, il reste à savoir si l'on disposera de suffisamment de fonds pour cela.

L'un des principaux problèmes tient à la complexité croissante du sida: plus de drogues, meilleure compréhension de la maladie, plus grand nombre de personnes atteintes, techniques de traitement plus complexes, plus grande complexité et compréhension du fait qu'il ne suffit pas de dire aux gens qu'ils doivent utiliser des condoms et ne pas s'exposer, etc. Il faut vraiment les amener à modifier leur comportement, mais c'est très difficile.

Par exemple, on s'est heurté à un problème immense dans le cas des ceintures de sécurité, de la conduite en état d'ébriété, de la consommation du tabac. Tout cela a nécessité beaucoup de temps et beaucoup d'efforts. Et puis, avec le sida, nous avons mûri, nous nous rendons compte de son incroyable complexité et de la difficulté que nous avons à nous y attaquer.

Nous avons mis sur pied toute une série de programmes au cours des années, dont certains ne sont pas efficaces. Ils ont été modifiés, et je ne sais quoi encore. En fin de compte, je crois que nous allons nous retrouver avec un plan national qui nous indiquera ce que le gouvernement fédéral peut faire et ce que l'on peut attendre des gouvernements provinciaux; et nous devrons traiter par l'intermédiaire de ces gouvernements. Voilà où nous en sommes à l'heure actuelle, et voilà ce que nous devrons faire.

Mais le problème auquel nous risquons de nous trouver confrontés, c'est le manque de fonds pour faire tout ce que nous aurons à faire, et nous devrons certainement abandonner des programmes. J'ai eu vent d'une rumeur selon laquelle on serait sur le point de faire face à un manque important de fonds de recherche pour l'année prochaine, pour le Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Il n'y a plus suffisamment de fonds pour entreprendre notre recherche. Et pourtant, j'ai toujours estimé que la recherche était un investissement, non pas une dépense. Elle crée des emplois, sert de catalyseur technologique et nous aide à faire face à ce qui nous attend. Sur ce plan, la recherche est un investissement à long terme. Donc, c'est un autre exemple.

[*Text*]

• 1700

I guess the first one is that growing complexity means we still have to go more and more. The second one is that a variety of things have been tried, they may not have been appropriate as much, but I think settling in now to see more and more. I think the third one is perhaps a leadership role, to say these are the things we need to get done, let us get on with them, let us not have any delays, let us not have any excuses, let us get them done. I think the ad hoc committee has clearly called for this and requested it from a parliamentary point of view. They want, if I am not mistaken, to see a standing committee created. I do not know whether that is a good or bad idea, but I think it emphasizes the importance of sustained review, watching briefs and accountability in this process.

Finally, as I mentioned, I think the federal government perhaps has a leadership role as government, as opposed to a program aspect, to emphasize, to push, to encourage people to move forward, to ensure that there is good co-ordination at provincial levels, to set the standards, the norms that the country can perhaps follow, and see that those might be carried out.

Mme Bertrand: Tout à l'heure, vous avez identifié les détenus comme un groupe cible. L'année dernière, au Comité de la justice et du solliciteur général, j'avais posé une question à ce sujet au commissaire des institutions pénitentiaires. Ils ont un problème. En tant que médecin, pouvez-vous leur indiquer une règle à suivre? Comme les rapprochements sexuels sont défendus dans les prisons, on n'ose pas recommander l'usage des condoms. Ils ont vraiment un problème. En tant que médecin, pouvez-vous les aider à le solutionner?

Ma deuxième question est aussi un peu délicate. Il y a des Églises qui sont contre tout moyen contraceptif. Est-ce que le corps médical pourrait essayer de convaincre ces gens-là?

Dr. Gilmore: Perhaps I might take the issue of the religious and moral question first. I have no answer for that. Obviously, there are alternatives such as not becoming exposed by not engaging in activities that would require condom usage. On the other side, there is the concern that if one's partner in marriage is infected, the mother or the wife is not, can one consider the importance of protecting one's fertility so that maybe there will be an opportunity to have a child that will not become infected? That is an important issue and has to be balanced, I think, not simply the proscription against condom usage.

I do not know a simple answer to that one, other than to say that we are trying to say to people that if they are going to engage in these activities, then they must engage in them in such a way as not to expose others to HIV or become exposed themselves.

[*Translation*]

Je crois que, tout d'abord, la complexité croissante de cette maladie nous oblige à faire de plus en plus. Deuxièmement, nous avons essayé toute une série de solutions. Toutes n'étaient pas forcément convenables, mais je crois que les choses deviennent maintenant de plus en plus claires. Troisièmement, il convient sans doute d'envisager la question sous l'angle du rôle de leadership; si vous nous dites voilà ce qu'il faut faire, alors attaquons-nous à la chose, ne tardons plus, ne nous donnons plus d'excuses, agissons! Je crois d'ailleurs que c'est ce qu'a clairement réclamé le comité spécial, en se plaçant d'un point de vue de parlementaires. Si je ne m'abuse, les membres de ce comité voulaient que soit créé un comité permanent. Je ne sais si c'est une bonne ou une mauvaise idée, mais cela ne fait que mettre en relief la valeur d'un examen permanent de la question, la nécessité d'analyser des mémoires et de rendre compte de tout ce processus.

Enfin, comme je le disais, j'estime que c'est sans doute au gouvernement fédéral qu'il incombe d'assumer ce rôle de leadership, plutôt que de gérer des programmes, c'est au gouvernement fédéral d'insister, de pousser, d'encourager les gens à aller de l'avant, de s'assurer qu'il y a une bonne coordination aux paliers provinciaux, d'énoncer des normes à l'intention de tout le pays et de veiller à ce que celles-ci soient respectées.

Mrs. Bertrand: Earlier, you identified inmates as a target group. When I was seating at the Committee on Justice and the Sollicitor General, I asked a question on that to the Commissioner of Penitenciaries. They have a problem. Now, as a physician could you give them a rule to follow? Because sexual activity is forbidden in jail, one is not inclined to recommend the use of condoms. They really have a problem. As a physician, can you help them out to find a solution?

My second question is also a bit sensitive. Some churches are opposed to any form of contraception. Do you think that the medical community could try to convince those people?

Dr Gilmore: Je devrais peut-être commencer par la question de la religion et des valeurs morales. Je n'ai pas de réponse à ce propos. De toute évidence, il y a d'autres solutions, comme celle de ne pas s'exposer en n'ayant pas de rapport sexuel requérant l'usage du condom. D'un autre côté, il y a aussi la possibilité que, dans un couple, l'homme soit atteint, et pas la femme. N'est-il pas alors important que la femme protège sa fertilité afin d'être en mesure un jour de donner naissance à un enfant sain? C'est une question importante qu'il faut prendre en ligne de compte, et il ne faut pas simplement voir la chose sous l'angle de l'interdiction de l'usage du condom.

Il n'y a pas de réponse simple à cette question, sinon que nous nous efforçons de dire aux gens qui veulent avoir des activités sexuelles, de faire en sorte de ne pas transmettre ou contracter le sida.

[*Texte*]

The issue of the morality is one I cannot address as such. I think it is one that the churches and various people who have moral opinions about the use of these things should be addressing very clearly, rather than simply saying no, and they should be providing us with some insight into how that might be answered.

For the prisons, it is a very difficult issue. This is not unique to Canada; it is seen in many other places. It is not only directly related to the issue of homosexuality and condom usage in prisons, but I think it also has to relate to the use and availability of materials to clean syringes and needles and clean needles and syringes and access to the use or misuse of drugs in the prison setting.

Also underlying that, I think, is the whole issue of the sociology of prisons and prisoners, the power structures as to who is using condoms, who is needing to use condoms, who is infected and who is not, who is using drugs and who is not, the power structures and so on. It is an exceedingly difficult issue. Underlying that is the importance of educating prisoners, staff and the public about these issues, that I think the Canadian Correctional Service is very aware of and is trying to deal with.

• 1705

I do not think there is much insight, other than saying that it is a very difficult issue for which there is no simple solution to balance that need for protection at a time when these activities could infect people.

Certainly one of the issues is that it is extremely difficult and costly to deal with prisoners who are HIV infected and who require care. In some of the prisons in the United States, for instance, it is becoming an increasingly difficult problem for the simple reason that you are concentrating people because of drug convictions for drug misuse and many of these people are infected. It is a very difficult issue.

I do not know a simple solution to it other than perhaps saying that while such things as sexual activity within the prisons may be illegal, perhaps there is a way of saying that people who are found to be carrying condoms may not be prosecuted or penalized for carrying them while in the prisons.

The other side of it is the fact that prison authorities are concerned that condoms could be a source of secreting or hiding contraband materials. So there is a very complex side to those issues. I do not know the answers. I am sorry I cannot give you any better answer than that.

Mrs. Clancy: Dr. Gilmore, I have a number of questions and I am going to try to get as many as I can into the time allotted.

[*Traduction*]

Je ne suis pas plus en mesure de vous parler de moralité. Je crois que les églises et les personnes qui ont à défendre des valeurs morales en ce qui a trait à la contraception sont beaucoup plus en mesure de parler de ce problème et, plutôt que de dire simplement non, elles devraient nous indiquer la façon de répondre à leurs préoccupations.

Le cas des prisons est également très difficile. Il n'est pas particulier au Canada, puisqu'il est préoccupant dans bien d'autres pays. Il n'est pas seulement directement lié à la question de l'homosexualité et de l'utilisation du condom en prison, puisque je crois qu'il est également question de l'utilisation de matériel pour aseptiser les seringues et les aiguilles, de l'accès à ce matériel, ainsi que de la possibilité de consommer des drogues, voire d'en abuser en milieu carcéral.

À tout cela vient se greffer toute la problématique de la sociologie en milieu carcéral, des structures du pouvoir qui régissent la vie en prison: qui utilise des condoms, qui a besoin d'utiliser des condoms, qui est infecté et qui ne l'est pas, qui consomme des drogues et qui n'en consomme pas... Bref, c'est une question de structures. Cette question est de plus en plus difficile. À cela encore vient s'ajouter l'importance d'informer les prisonniers, le personnel et le public; mais je suis persuadé que le Service correctionnel du Canada est au fait de la situation et qu'il essaie d'y faire face.

Je ne pense pas que l'on puisse en dire beaucoup plus, si ce n'est que c'est une question très difficile à résoudre et pour laquelle il n'y a pas de solution simple, pas de solution qui permette de moduler le besoin de protection dans un contexte où les activités sexuelles peuvent provoquer la transmission de la maladie.

Il est certes délicat et très coûteux de s'occuper des prisonniers atteints du VIH et qui doivent être soignés. Dans certaines prisons américaines, par exemple, c'est un problème de plus en plus difficile pour la simple raison que l'on se trouve à concentrer, dans un même lieu, des gens accusés d'avoir abusé de drogues, surtout qu'une majorité d'entre eux sont atteints. La chose est très complexe.

Je n'ai pas de solution simple à proposer. Par contre, même si les activités sexuelles en prison sont interdites, on pourrait peut-être adopter comme principe de ne pas pénaliser ni poursuivre les détenus que l'on trouve en possession de condoms.

D'un autre côté, il faut savoir que les autorités pénitenciaires craignent que les condoms servent à cacher des produits de contrebande. Donc, les deux côtés de cette médaille sont complexes, et je ne connais pas la réponse. Je suis désolé de ne pouvoir mieux vous répondre.

Mme Clancy: Docteur Gilmore, j'ai plusieurs questions à vous poser et je vais essayer de vous en soumettre le plus possible dans le temps qui m'est alloué.

[*Text*]

First of all, your predecessor, Dr. Berger, told us that the studies relating to finding out as well as is possible how many women might be infected with HIV in the province of Ontario were at least suspended or possibly cancelled by the new Minister of Health. Is there any reason to believe, based upon your knowledge of the area right now, that non-monogamous women are at less risk than other high-risk groups?

Dr. Gilmore: Working out the precise risk for any individual or group can be extremely complex. It involves the selection of partners, the prevalence of infection in that pool from which those partners might come, the rate of change of partners, the specific activities that are engaged in; whether or not there are genital ulcers from herpes or things like that, Chlamydia and so on involved; whether or not anal intercourse is engaged in versus vaginal intercourse, whether or not condoms are used. When you take that whole thing, it is rather difficult to say, yes, there is a risk or, no, there is not a risk, or it is a bigger risk or a smaller risk.

I suppose the major risk is whether one's partner is infected or not. That is the bottom line. Obviously, we assume there that a person is engaging in activities that can transmit it, like vaginal intercourse that is unprotected by condoms or anal intercourse that is also unprotected by condoms. In that circumstance there is obviously a very clear risk to that individual. Implied in that is what are the chances of a person running into a partner who is infected. I cannot tell you, but if you happen to have some tendency to select out people who inject drugs and share needles and various things like that, you are going to have a very high chance.

The other side is that it does become a particular time when it is very difficult to escape choosing a partner who is not infected; for instance, when the rate of infection is high in a population. In some parts of Africa you may find in the child-bearing women and people of that age group that 20% to 30% are infected. Your chances of selecting out a partner or having a partner who is not infected are extremely small.

This may be the case as well, we believe, in Canada amongst the gay community, for instance; and it is rapidly becoming that way in the injection drug-using community. I do not have accurate data that I can corroborate absolutely, but my estimates for the drug-using community today are that in some parts of metropolitan areas in Canada the percentage of people infected from injecting drugs and so on may be as high as 15%.

That is the bottom line. I think if you turned around and looked at it the other way—your average blood donor, your average person living at home who has one partner, what are their chances of contracting the disease? Obviously their chances are very low, but there are no numbers we can put on that. It is obviously very, very low but there are no numbers we can put on that. That is the difficulty. It generates a huge amount of uncertainty, great amounts of fear. One of the things we are dealing with in this whole epidemic is uncertainty and how to deal with it.

[*Translation*]

Tout d'abord, votre prédécesseur, le Dr Berger, nous a dit que les études destinées à établir le nombre de femmes susceptibles d'être porteuses du VIH en Ontario avaient été interrompues, sinon même annulées, par le nouveau ministre de la Santé. Y a-t-il des raisons de croire, d'après ce que vous savez de cette question à l'heure actuelle, que les femmes ayant plus d'un partenaire courent moins de risque que les personnes appartenant à d'autres groupes à risque?

Dr Gilmore: Il peut être extrêmement difficile d'établir les risques exacts que court tel ou tel particulier ou tel ou tel groupe. Pour cela, il faut tenir compte du choix des partenaires, du taux des personnes atteintes dans le groupe auquel peuvent appartenir ces partenaires, de la fréquence du changement de partenaire, des activités sexuelles particulières; cela dépend si l'on a un ulcère provoqué par un herpès ou quelque chose de ce genre, si l'on a des chlamydia, si l'on pratique le sexe anal, plutôt que le sexe vaginal, si l'on porte ou non des condoms. Cela étant posé, il est très difficile d'établir si un tel ou une telle appartient à un groupe à risque ou non, ou si le risque est plus important ou moins important.

Le risque principal tient au fait, selon moi, que l'on a des rapports avec un partenaire atteint. Voilà l'essentiel. De toute évidence, nous supposons alors que la personne a des activités susceptibles de transmettre le VIH, comme un rapport vaginal ou un rapport anal sans condom. Dans ces circonstances, la personne non atteinte court un risque très évident. Ce qu'il faut savoir, c'est quels sont les risques que telle ou telle personne court de tomber sur un partenaire porteur du VIH. Je ne m'avancerai pas sur ce terrain, mais si vous avez tendance à choisir des gens qui s'injectent de la drogue, qui partagent leurs seringues ou qui font des choses de ce genre, alors vous courez des risques évidents.

Par ailleurs, il vient un temps où il est très difficile de choisir un partenaire qui ne soit pas atteint; par exemple, lorsque le taux des personnes atteintes est très élevé dans une population. Ainsi, dans certaines régions d'Afrique, il est possible que 20 à 30 p. 100 des femmes enceintes et des hommes appartenant au même groupe d'âge soient atteints. Dans un tel cas, les chances de tomber sur un partenaire qui ne soit pas atteint sont extrêmement faibles.

Cela peut également être le cas, nous le pensons, au Canada dans la communauté homosexuelle; et c'est très certainement de plus en plus le cas dans le groupe des drogués qui utilisent des seringues. Je ne dispose pas de données précises sur lesquelles m'appuyer, mais j'évalue à près de 15 p. 100 le pourcentage de personnes atteintes, parmi ceux qui s'injectent des drogues, dans certaines parties des régions métropolitaines au Canada.

Tout se ramène à cela. D'un autre côté, vous pourriez me demander quels sont les risques de contracter le sida pour le donneur de sang moyen ou pour la personne moyenne qui n'a qu'un partenaire? De toute évidence, les risques sont minimes, mais nous ne pouvons étayer cette supposition par aucun chiffre. Les risques sont manifestement infimes, mais nous ne possédons pas de statistiques à ce sujet. Voilà le problème. C'est la source d'une grande incertitude, de nombreuses craintes. Toute cette épidémie fait régner un climat d'incertitude, et nous nous demandons comment l'enrayer.

[*Texte*]

• 1710

Mrs. Clancy: I think the other thing it also generates among certain levels of the population is a sense of invulnerability. I am thinking particularly of the younger end of the population, teenagers, university students and so on, who think they are invulnerable.

Dr. Gilmore: In a rather light-headed fashion I might tell you that one teacher told me that one of the problems with teaching children today is that they believe they are immortal, infertile and invincible. Our job is to teach them it is all wrong.

Mrs. Clancy: That is right.

Second question, and I guess some reassurance on this. Twenty-five years ago most people, at least most people I knew, thought condoms were not terrifically effective in preventing pregnancy. I know it is terribly important when there is so little. We know there is less risk, but is there not a perception out there that condom use is not going to prevent? Is that really a legitimate belief?

Dr. Gilmore: There is very little data at the moment to show how efficacious condoms are in reducing this risk. There is one very good study by Margaret Fisher, which I would be happy to provide to you afterwards, that looked at this. Thirty-two women, or men, whose partners were known to be infected, when they entered the study they were not infected.

I think the conclusions are very interesting. Over a period of up to three years of following these people and kind of exorting them all the time, use condoms, use condoms, eight of these people were not infected when they started the study, were abstinent. They did not engage in sexual intercourse. None of them got infected. Which means you can live at home, share the same bed with someone and so on, but no intercourse, no infection. That is important just from living with people, being around them.

The second one was that people used them very regularly. There were ten people, nine of those people were not infected at the end of the study. One of the them was. The question was they broke, one of them did not always use them as faithfully, so on and so forth, that type of thing.

There were 14 people who had refused to use them or used them so infrequently that they were sort of classed as not using them in practical terms. Of those people, 12 were found to be infected at the end of three years. So I think what we can say is that it dramatically decreases the risk, and is probably very effective. Again, we cannot say it with the certitude of 100%.

Mrs. Clancy: That is the first time I have heard that kind of data.

One more thing and then I will stop. You said that nowadays when you treat a patient, when you are looking at a patient with HIV, it is no longer treated as a fatal disease but as a chronic condition. I presume you are referring to people who are infected with HIV who have not yet gone full blown AIDS, or even ARC, would that be correct?

[*Traduction*]

Mme Clancy: L'autre aspect du problème, c'est que cette épidémie donne un sentiment d'invulnérabilité à certaines couches de la population. Je songe surtout aux jeunes, aux adolescents, aux étudiants de niveau universitaire, etc., qui se croient invulnérables.

Dr Gilmore: Un enseignant m'a dit qu'un des problèmes qui se posent dans l'enseignement à l'heure actuelle, c'est que les enfants ont l'impression d'être immortels, stériles et invincibles. Notre tâche consiste à leur apprendre que c'est entièrement faux.

Mme Clancy: C'est exact.

Passons à la deuxième question au sujet de laquelle on peut être rassuré dans une certaine mesure, je suppose. Il y a 25 ans, la plupart des gens, du moins la plupart de mes connaissances, trouvaient que les préservatifs n'étaient pas extrêmement efficaces contre la grossesse. Je sais que c'est terriblement important lorsqu'il y a aussi peu de moyens de prévention. Nous savons que les préservatifs réduisent les risques mais les gens ne trouvent-ils pas que leur usage ne les empêchera pas d'avoir le sida? Ont-ils raison de penser ainsi?

Dr Gilmore: On possède actuellement très peu de données sur l'efficacité des préservatifs dans ce domaine. Il existe à ce sujet une excellente étude faite par Margaret Fisher; je vous passerai bien volontiers ce rapport. Trente-deux femmes ou hommes, dont le partenaire était atteint, n'étaient pas atteints eux-mêmes au moment où l'étude a commencé.

Les conclusions sont très intéressantes. Ces personnes ont été suivies pendant une période allant jusqu'à trois ans; elles ont été exhortées continuellement à utiliser des préservatifs, et huit d'entre elles n'étaient pas atteintes lorsque l'étude a commencé parce qu'elles n'avaient pas de relations sexuelles. Aucune d'entre elles n'était atteinte. Cela signifie que l'on peut vivre avec quelqu'un et partager le même lit sans être contaminé si l'on n'a pas de relation sexuelle. C'est important de vivre avec les gens, d'être près d'eux.

Il y a un deuxième groupe de personnes qui utilisaient très régulièrement des préservatifs. Neuf des 10 personnes de ce groupe n'étaient pas atteintes à la fin de l'étude. Une d'entre elles l'était. Il y en a une qui n'utilisait pas de préservatifs aussi régulièrement que les autres et que sais-je encore.

Parmi les personnes examinées, 14 avaient refusé d'en utiliser ou en utilisaient tellement peu souvent qu'elles avaient été classées parmi celles qui n'en utilisaient pas. Dans ce groupe, on a constaté que 12 personnes étaient atteintes à la fin de la période de trois ans. On peut donc dire, je pense, que les préservatifs réduisent considérablement les risques, et qu'ils sont probablement très efficaces. Ce n'est toutefois pas une certitude absolue.

Mme Clancy: C'est la première fois que j'entends ce genre de chiffres.

Encore une question et puis j'arrêterai. Vous avez dit que lorsque vous soignez un malade à l'heure actuelle, lorsque vous examinez une personne atteinte du VIH, vous ne traitiez plus cela comme une maladie mortelle, mais comme une maladie chronique. Je présume que vous parlez des personnes qui ont le VIH mais qui n'ont pas encore le sida, ni même le SLA; est-ce exact?

[*Text*]

I have seen a couple of studies. I remember one study showed a group of people who were—this is really empirical, I hate to throw this at you—infected and some retested were not infected and so on. But do we have any data of how long or what the longest period is between HIV and the development of either ARC or AIDS?

Dr. Gilmore: There is data coming from San Francisco which looks at approximately 4,000 people there who had developed AIDS, what we call the in-stage disease, profound damage to the immune system. The median survival in the population they looked at was 22 months if they had received the drug AZT. It was about 15 months for those who did not.

Now, before one draws too many conclusions from that, the point was that people who had received what we would consider the most up-to-date, most recent treatments and so on, half of those people were alive more than 22 months—almost 23 months—which means that their survival had been more than two years.

In 1981, when this whole epidemic started, the first years they had data, the survival time, similiar type of thing, was 10.6 months. So we have prolonged that dramatically. The trouble is we are pushing each year to get new data because we do not know. That is one. Just the other side.

If you go back and look at people entering the business today, I think there is the psychological and conceptual frame shift to say we are no longer trying to salvage what we have here. We are no longer trying to simply rescue people. But in a very classic mode of promotion of health, we are trying to prevent disease from happening. We are trying to prevent this whole process. Early intervention then, you get people on to the medications that mostly can work, prevent all of the complications you can. Keep them in the best shape.

• 1715

The difficulty is that we do not have a lot of data that proves how long people will survive that way. On the other hand, when you have gone the full length and have severe damage, we do not have ways to restore the lost immunity. That is the difficulty.

Mrs. Clancy: HIV to full-blown AIDS, what is the longest someone has gone with HIV?

Dr. Berger: First of all the data suggests, from San Francisco again, that approximately 54% of people who are infected will develop AIDS after 11 years of being infected—in other words, the time from infection onwards. Or we could look at that the other way—is the glass half full or half empty—that 46% have not. So it is not necessarily that everybody will develop it.

[*Translation*]

J'ai vu deux études. D'après une de ces études, il y avait un groupe de personnes qui, j'ai beaucoup de réticence à le dire, étaient atteintes, mais de nouveaux tests ont été effectués et on a constaté qu'elles ne l'étaient pas; les données sont très empiriques. Existe-t-il des statistiques montrant quel délai maximum s'écoule entre le VIH et le développement du SAL ou du sida?

Dr Gilmore: Nous avons certaines données qui viennent de San Fransisco; elles sont tirées d'une étude effectuée sur environ 4,000 personnes atteintes du sida, qui en étaient au stade de la détérioration profonde du système immunitaire. La période de survie médiane chez ces personnes étaient de 22 mois pour celles qui avaient pris de l'AZT. Elle était d'une quinzaine de mois pour les personnes qui n'en avaient pas pris.

Avant de tirer trop de conclusions de ces chiffres, je précise que la moitié des personnes qui avaient reçu les traitements les plus modernes ont vécu plus de 22 mois, près de 23, ce qui signifie qu'elles ont survécu plus de deux ans.

En 1981, lorsque toute cette épidémie a commencé, la première année ou l'on a récolté des données sur la période de survie et d'autres données de ce genre, cette période était de 10,6 mois. Cette période a donc été prolongée considérablement. Le problème, c'est qu'il faut essayer d'obtenir de nouvelles données chaque année, faute de connaissances. Voilà un aspect de la question. Passons à l'autre aspect.

On constate un état d'esprit différent dans ce domaine à l'heure actuelle. Nous n'essayons plus de nous contenter de sauver des gens mais nous essayons de faire de la prévention, ce qui est une attitude très classique dans le domaine de la santé. Nous essayons de prévenir la maladie. Grâce à une intervention précoce, en donnant aux gens des médicaments très souvent efficaces, on peut éviter un tas de complications. Il faut s'arranger pour que les gens soient le plus en forme possible.

Le problème, c'est que nous ne possédons pas beaucoup de données qui nous prouvent combien de temps les gens survivront de cette façon. Par contre, lorsque l'état du malade est avancé et que le système immunitaire est gravement touché, nous n'avons aucun moyen de rétablir son fonctionnement. C'est là le problème.

Mme Clancy: Quel est le délai le plus long que l'on a pu constater entre le moment où une personne a été atteinte du VIH et le moment où elle a eu le sida proprement dit?

Dr Berger: Des données qui nous viennent également de San Francisco nous montrent qu'à peu près 54 p. 100 des personnes séropositives auront le sida au bout de 11 ans. On pourrait dire au contraire que 46 p. 100 des personnes qui ont le virus ne contractent pas la maladie, selon que l'on est plus ou moins optimiste. Par conséquent, tout le monde n'aura pas nécessairement la maladie.

[*Texte*]

Some 10% of those people, after 11 years of being infected, remained, as far as we can tell, fully healthy. They may still have the virus in their body, they may still have that type of thing, the antibody tests being positive, but they remain healthy. Some 54% have gone on to develop AIDS.

We do not know what that is going to be like at the end of another decade. That is after 10 or 11 years, but we are at that point now. That is the longest going data.

Mrs. Clancy: It is better than we have had for a while.

Dr. Berger: There is other data that you can find that is a little bit less pessimistic, projecting outwards into the future, like our Canadian weather service does and so on.

Going to the distant future, the estimates have been that 99% of people will go on to succumb to this, but if you look at the statistical limits around those numbers, they vary from 38% to 100%. My feeling is right now that we can only take the empiric data we have, which says the chances are 50:50 at the end of about a decade of being infected, that you may have AIDS. That is better than 100% or 99% at this point.

Ms Greene: Following my question to Dr. Berger with regard to the blood donor clinics, is there evidence that people are using the blood donor clinics in order to find out whether they have HIV positive, or AIDS?

Secondly, knowing that the questions that they ask and so on there, obviously the blood donor clincs are very alert to this possibility. I would like you to comment on that whole area, because it seems to me it may well be another case such as the emergency departments where the doctors say do not use these for non-emergencies, rather than dealing with the reality of the problem.

Dr. Berger: Just as a point of philosophy, the very first and most important thing to protecting the blood supply is not to have people who are infected donate blood. As a follow-up to that and to improve that, test all the blood donated for evidence of infection. But the very first one that you really rely on is not to donate, to stay away from donating blood if there is a risk or a danger that you might be infected.

As a result there has been a very clear message put out for people who are infected not to go there to donate, not to be found out. Historically there was great discussion about setting up alternative testing sites where people could have access to testing in Canada at the time that blood donor screening was undertaken here in Canada in 1985.

Whether or not people are actually going to find that out is very unclear. First-time donors may have a slight increase in rate of being infected, as opposed to repeat donors, because as a repeat you know now they are infected and so on. They are notified and told to stay away.

I think the general feeling is no. The reasons for that are twofold. One is that I believe in almost every place where someone is found to be infected when they donate blood, they are sent a letter and they are told very clearly that their

[*Traduction*]

Environ 10 p. 100 des personnes examinées sont restées en parfaite santé, à notre connaissance du moins, après 11 ans. Le virus se trouve peut-être toujours dans leur corps, le test sur les anticorps est peut-être toujours positif, mais ces personnes restent en bonne santé. Environ 54 p. 100 de ces personnes ont contracté le sida.

Nous ignorons ce qui arrivera d'ici une décennie. Nous savons ce qui s'est passé au bout de 10 ou 11 ans. Nous n'avons pas de données qui remontent plus loin.

Mme Clancy: C'est toujours mieux que les données que nous avions pendant un certain temps.

Dr Berger: On trouve également d'autres données un peu moins pessimistes; elles sont basées sur des prévisions, un peu comme les prévisions météorologiques.

D'après les prévisions qui avaient été faites à longue échéance, 99 p. 100 des personnes atteintes devaient succomber à la maladie, mais les limites statistiques qui concernent ces chiffres varient de 38 p. 100 à 100 p. 100. D'après moi, nous devons nous contenter des données empiriques que nous avons, ce qui veut dire que les risques d'avoir le sida au bout d'une décennie sont de 50 p. 100. C'est mieux que 100 p. 100 ou 99 p. 100.

Mme Greene: J'ai une question à poser au D[r] Berger à propos des collectes de sang: est-il vrai que les gens vont donner du sang pour savoir s'ils ont une réaction positive au test pour le VIH ou le sida?

Par ailleurs, les cliniques de donneurs de sang sont très alertes, à cause des questions que posent les gens. Je voudrais que vous parliez de tout cela, car on pourrait avoir affaire à une situation analogue à celle des services d'urgences qui, d'après les médecins, servent à autre chose qu'aux urgences; on évite peut-être ainsi de s'attaquer de front au problème.

Dr Berger: Par principe, il faut éviter que les personnes atteintes donnent du sang; c'est une condition élémentaire et capitale pour protéger les banques de sang. Aussi, on fait des tests sur tout le sang qui a été donné, pour voir si on n'y découvre pas de trace du virus. Par contre, la mesure de protection élémentaire, c'est de ne pas donner de sang en cas de doute.

On a donc recommandé très clairement aux personnes atteintes de ne pas donner de sang, et ainsi de ne pas se faire identifier. Il a été beaucoup question de mettre sur pied d'autres services de tests en 1985, lorsqu'on s'est mis à vérifier le sang donné par les donneurs au Canada.

On ne sait pas très bien si les gens vont là pour le savoir ou non. La proportion de personnes atteintes est légèrement plus forte chez celles qui donnent du sang pour la première fois que chez les autres, pour la bonne raison qu'une fois que l'on sait qu'une personne est atteinte du virus, on lui dit de ne plus donner de sang.

Je crois donc que, d'une façon générale, la réponse est négative, pour deux raisons. La première, c'est que l'on envoie systématiquement une lettre aux donneurs de sang pour leur dire que l'on ne peut plus utiliser leur sang et

[*Text*]

blood cannot be used any more, and there is a process of contact tracing or follow-up of some sort that is done. Certainly this has been controversial and caused a lot of notoriety in Ontario at one point with I believe the Medical Officer of Health for the City of Toronto. However, that is the general rule. There is a slight deterrent that way.

The other side of it is that testing is available across the country and it is accessible in almost any physician's office. The problem with it is not that we need anonymous testing sites per se, it is the conditions under which a person can be tested anywhere in Canada. The difficulty is that people tend to get very fearful that their privacy, or the confidential information that is generated in the process of being tested, might get disclosed. They need that reassurance, and that is where I think anonymous testing sites become very important as sort of an escape valve.

This emphasis on co-operation is very important. If a person will not ever come forward to be tested, we have no way to access them to know they are infected, even to tell them to be careful not to infect others, to get care as they need it, and to notify the people they may have exposed that they have been exposed. We need this escape valve. But if they go through an anonymous testing thing, we do not know who they are. We cannot go back to them and say they must do things. We have lost a certain degree of control on that side of it that we rely on.

• 1720

There has to be a balancing there, and I look at anonymous testing as an escape valve. That is an important one. It is probably a symbolic one for society. We need to be able to do this for those people who have this great fear and so on. At the same time, a good relationship with one's physician very often allows a person to work through some of these issues and get on with the need for testing and so on.

The blood donor clinic is not the place where this should go at all. It should be kept away from there at this time and the message continued to be sent back to stay away from them. We need this supply of blood to be very clean as much as possible. Even if there is a potential risk or a concern, do not go near there. I think that message has gotten across in three ways: one, do not go; second, screening is available; third, even if you have to donate blood because of social reasons—you are the first in line because your industry or whatever owns a blood donor clinic—you can still notify the Red Cross confidentially and anonymously for all practical purposes not to use that blood for transfusion purposes. Even there, under social pressure of going to donate blood, there is still an escape valve.

I think these are the issues. I think the real issue is whether a person has confidence enough in the system that they can go forward to be tested. Some people will not have that. The system will be so intrusive that the anonymous

[*Translation*]

qu'un processus de suivi est en route. Cette façon de procéder a été très contestée et elle a fait beaucoup de bruit en Ontario, où l'on a beaucoup parlé à un certain moment de l'attitude du médecin hygiéniste de la ville de Toronto. C'est toutefois la règle générale. Ce système est donc légèrement dissuasif.

L'autre raison, c'est qu'il y a moyen de subir des tests dans toutes les régions du pays, chez pratiquement tous les médecins. Le problème, ce n'est pas tellement qu'il y ait des endroits où l'on fait des tests anonymes, mais plutôt les conditions dans lesquelles une personne peut subir les tests au Canada. Les gens ont tendance à craindre fort que l'on porte atteinte à leur vie privée ou que l'on divulgue des renseignements confidentiels connus à la suite de tests. Il faut les rassurer, et c'est pourquoi il est très important d'organiser des services de tests anonymes; c'est une espèce de soupape de sécurité.

Il faut absolument insister sur la coopération. Nous n'avons aucun moyen de connaître les personnes atteintes du virus si elles ne viennent pas subir un test; nous n'avons même pas la possibilité de leur dire de faire bien attention de ne pas contaminer d'autres personnes, de se faire prodiguer les soins nécessaires, ni d'avertir les personnes susceptibles d'avoir été exposées au virus. Nous avons besoin de cette soupape de sécurité. Par contre, nous ignorons l'identité des personnes qui subissent des tests anonymes. Nous ne pouvons pas les retrouver pour leur dire ce qu'elles doivent faire. Nous avons perdu un certain degré de contrôle de la solution sur laquelle nous comptons.

Il faut faire la part des choses; je considère les tests anonymes comme une soupape de sécurité. C'est une soupape importante. Elle est probablement symbolique pour la société. Nous devons pouvoir faire cela pour les personnes qui sont très craintives à cet égard et pour d'autres. Par ailleurs, le fait d'avoir de bonnes relations avec son médecin permet de discuter de certains de ces problèmes et de convaincre certaines personnes de subir des tests ainsi que de faire d'autres recommandations.

Les cliniques de donneurs de sang sont un endroit mal choisi pour les tests. Il ne faut pas les faire là. Il faut continuer de recommander aux personnes à risque de ne pas aller donner du sang. Il faut que ces réserves de sang soient les plus sûres possible. S'il y a le moindre risque, évitez d'aller donner du sang. On a transmis le message de trois façons: premièrement, on déconseille d'y aller; deuxièmement, on signale qu'il y a un système de contrôle; troisièmement, même si vous devez aller donner du sang pour des raisons sociales, par exemple parce que votre entreprise possède une clinique de donneurs de sang ou pour une autre raison, vous pouvez toujours avertir confidentiellement et anonymement la Croix-Rouge de ne pas utiliser ce sang pour des transfusions. Et même lorsque vous subissez certaines pressions sociales qui vous poussent à donner du sang, il reste une soupape de sécurité.

Voilà les différents aspects du problème. Le tout, c'est de savoir si les gens ont suffisamment confiance dans le système pour pouvoir aller subir des tests. Pour certaines personnes, ce ne sera pas le cas. Le système sera tellement gênant que

[*Texte*]

testing is very important. I think it is an important one. We have it in Quebec. I do not think it is a big problem. It is not widely used. We do not have required reporting of people who are known to be infected, by name or anything like that. There are no requirements that way, so people can go forward and be tested. There are always jokes going around that Ludwig Beethoven is known to be positive. There is a variety of very prominent Canadian names that come up from time to time as pseudonyms and so on.

This has certainly been going on for a long period of time. People seem to have a fair amount of confidence. I do not think it is a question of the anonymity between patient and doctor, generally. It may be at times. It is really a question of how much that information can be contained in a confidential and private way by the physician and the patient. We need to be able to assure people; otherwise, we are never going to access them.

Ms Greene: I am sure you are familiar with the study I have referred to in which university and college students were polled. It seems to me that there we have a group of what are supposed to be the brighter young people in our society who clearly are not practising—very, very few of them—any kind of minimal prevention.

As a parent and teacher, I am very concerned about getting to that group. When I think of things like the blood donor clinic, I think of the fact that you can walk into Fairview Mall and be tested there. Nobody knows you. It is impersonal. It is easy for a young person to approach them rather than going to the family physician who might tell the parents. There is this whole invulnerability of the youth.

Do you see any progress? Do you see any efficacy in these public health programs? I know in my community of North York the children have been inundated. My child is in grade seven. Certainly our board is very concerned, because there have been seven students in the North York system with AIDS. That is pretty scary to trustees. What works? What about some anonymous testing programs in high schools and universities where these young people are?

Dr. Gilmore: I would favour them. I would favour anything that promotes co-operation and individual responsibility. I think what we are talking about here, underlying all of this, is the primacy of health promotion. It goes right back through the whole medical conceptualization of how medical systems work—an ounce of prevention and so on. The difficulty is that it sometimes ends up being short changed because of the immediate needs of someone who is in the emergency room dying and needs bypass surgery or treatment for this or that. It is very hard to stand there and say you want to spend a lot of money to prevent fires when your house is burning down. That balance has to be found again, I think.

[*Traduction*]

les tests anonymes revêtiront une très grande importance. C'est une solution importante, à mon avis. Elle existe au Québec. Je ne crois pas que cela pose de gros problèmes. On n'y a pas souvent recours. Au Québec, il n'est pas obligatoire de déclarer les personnes qui sont atteintes du virus, de donner leur nom ni d'autre renseignement à leur sujet. Ce n'est pas obligatoire; par conséquent, les gens peuvent aller subir un test. On dit toujours en blaguant que Ludwig Van Beethoven était séropositif. On cite de temps en temps le cas de personnalités canadiennes très connues en les identifiant par leurs pseudonymes.

Il y a certainement longtemps que cela dure. Les gens semblent avoir passablement confiance. D'une façon générale, je ne crois pas que ce soit une question d'anonymité entre le patient et le médecin. Cela peut être parfois le cas. Je crois surtout que c'est une question de savoir dans quelle mesure ce genre de renseignements peuvent être gardés secrets par le médecin et par le patient. Nous devons pouvoir donner des garanties aux gens, sinon nous ne les connaîtrons jamais.

Mme Greene: Vous êtes certainement au courant de l'étude dont j'ai parlé, au cours de laquelle on a fait un sondage auprès d'étudiants de niveau universitaire et collégial. Nous avons là un groupe de jeunes gens brillants qui ne pratiquent manifestement pas la prévention la plus élémentaire; ceux d'entre eux qui prennent des précautions sont très rares.

En tant que parent et qu'enseignant, je voudrais beaucoup pouvoir communiquer avec ce groupe. Quand je pense à des choses comme les collectes de sang, je songe que l'on peut aller subir des tests dans un centre commercial où personne ne vous connaît. C'est plus facile pour un jeune d'aller subir un test dans un endroit comme cela que d'aller trouver le médecin de famille, qui risque de raconter tout à ses parents. Il y a aussi le sentiment d'invulnérabilité qu'ont les jeunes.

Constatez-vous certains progrès? Trouvez-vous que ces programmes de santé publique ont une certaine efficacité? Je sais que dans ma localité, dans North York, on a inondé les enfants d'informations. Le mien est en 7e année. Le conseil scolaire est très inquiet parce que l'on sait qu'il y a sept élèves atteints du sida dans les écoles de North York. Cette situation effraie beaucoup les membres du conseil. Quel est le système qui marche? Ne faudrait-il pas organiser des programmes de tests anonymes dans les écoles secondaires et dans les universités où se trouvent ces jeunes gens?

Dr Gilmore: Je préconiserais cette solution. Je serais en faveur de toute méthode qui favorise la coopération et la responsabilité individuelle. De tout cela ressort la question de l'importance capitale de la promotion en matière de santé. On en revient à la façon dont on conçoit le fonctionnement des services médicaux, au principe selon lequel mieux vaut prévenir que guérir. Le problème, c'est que l'on est parfois pris de court parce qu'il faut se soucier dans l'immédiat du mourant qui se trouve dans la salle d'urgence, du malade qui a besoin d'un pontage ou de celui qui a besoin d'un traitement pour telle ou telle maladie. Il serait difficile de rester impassible et de dire qu'on veut consacrer beaucoup d'argent à la prévention des incendies quand votre maison brûle. Là aussi, il faut faire la part des choses.

[*Text*]

Ms Greene: I think it is being spent.

Dr. Gilmore: I think so.

Ms Greene: Certainly in Toronto I think it is being spent.

• 1725

Dr. Gilmore: Yes. The difficulty that then comes is a second one, which is how do we really change behaviour. AIDS, I think, is going to help us a little bit that way. We are going to have to learn how to do that.

There are several things that are becoming apparent. One of them is peer pressure. Social marketing is very important, setting norms and standards in the community. Those very often are done by the peer groups, community groups. The gay community, for instance, has been incredibly effective at educating its peers, its own groups.

Explicit, sometimes almost pornographic information has gone out, but it has gotten the job done. We may not like it, but it has done the job.

Fear—we do not want to use that because that can quickly lead to denial. There are all kinds of models, health models and stuff that are being used and being worked and that we are trying to develop.

I think in the end we will probably have some of these, but I think the important ones still will come out as individual one-on-one education, what very often is used in the schools, small classes and so on. It is going to be a very important one, starting this early and developing it as a standard and a norm in society so that you do not expose others and you do not get exposed.

It is amazing—I cannot really tell you why—but we have had great success with smoking. I mean kids are quite firm and strong about it. Maybe we will achieve that.

It is just that it takes time. It takes a lot of effort. I think it is quite labour-intensive, and I suppose in the end there is a certain degree of art in being a good teacher, of being able to teach well and educate people to do it.

Ms Greene: Do we have any actual evidence that these programs work? Do we have any models where a change of behaviour has resulted?

Dr. Berger: Yes. We know in the gay community there have been very striking changes in behaviour. That is very clear. I think we have had some changes as well in the college-age groups. It is not as good as we would like to have the data. An effort is being made to collect that data but the difficulty is the amount of data to be collected.

Ms Greene: What percentage of the gay community would be practising safe sex?

[*Translation*]

Mme Greene: Je crois que l'on consacre de l'argent à la prévention.

Dr Gilmore: Je le crois.

Mme Greene: À Toronto en tout cas.

Dr Gilmore: Oui. On se heurte alors à une deuxième difficulté, celle de savoir comment on peut réellement modifier le comportement des gens. Je crois que le sida nous aidera un petit peu à cet égard. Nous allons être obligés d'apprendre à le faire.

On constate plusieurs choses. On remarque notamment la pression exercée par les collègues. Il est très important de faire du marketing social, de fixer certaines normes dans la collectivité. Ce sont souvent des groupes, des groupes communautaires qui le font. Ainsi, la communauté homosexuelle a fait preuve d'une efficacité incroyable dans l'éducation des autres homosexuels.

On a publié des informations explicites, voire parfois quasi pornographiques, mais cela été efficace. Nous n'aimons peut-être pas cela, mais cela a marché.

La crainte est un moyen que nous voulons éviter d'utiliser parce qu'elle incite vite les gens à nier le problème. On essaie de développer toutes sortes de modèles, dans le domaine de la santé et ailleurs.

Je crois que l'on finira par avoir certains modèles, mais les modèles importants viendront de l'éducation individuelle, du système utilisé très souvent dans les écoles, dans les petites classes. Ce sera un moyen très important; on commencera tôt à considérer cela comme une norme sociale, afin de ne pas faire courir de risques aux autres ni d'en courir soi-même.

Je n'arrive pas à vous dire exactement pourquoi, mais nous avons obtenu des résultats extraordinaires dans le domaine du tabagisme. Les enfants sont pas mal convaincus qu'il ne faut pas fumer. Nous arriverons peut-être à obtenir un résultat comparable dans le domaine qui nous occupe.

C'est tout simplement une question de temps. Il faut beaucoup de travail. Il faut faire beaucoup d'efforts, et je suppose que l'on finit par maîtriser dans une certaine mesure l'art d'être un bon éducateur, l'art de convaincre les gens.

Mme Greene: Avons-nous des preuves que ces programmes donnent de bons résultats? Avons-nous obtenu une modification de comportement grâce à certains modèles?

Dr Berger: Oui. Nous savons qu'il y a eu d'énormes changements de comportement chez les homosexuels. C'est indéniable. On a constaté également certains changements chez les étudiants du niveau collégial. Les résultats ne nous donnent pas encore entière satisfaction. On fait des efforts pour recueillir des données, mais c'est au niveau de la quantité de données que se pose le problème.

Mme Greene: Quelle proportion d'homosexuels ont des pratiques sexuelles sans risque?

[*Texte*]

Dr. Berger: It varies from where you are, from place to place. It depends on age. The older people tend to practise it more than the younger people. New entrants into practising homosexuality tend not to be; they tend to be more risk-taking.

It also depends on the percentage of people who are infected and known to be infected. Testing does have that impact very often. People, once they find out they are infected, tend to change their behaviour. It is only a minority of them that seem to persist.

The difficulty there is that when you go to places like San Francisco where 50 to 75% of the gay community may be infected it is very hard to talk about it. When you may go to a very small town there is a small group of people, you are going to deal with it. Again, age. . . I am not giving you a clear answer because I do not know what that answer is.

My impression from talking to a variety of people would be that behaviours have changed. The question is whether they have changed sufficiently. I would refer this back in the setting of pregnancy, in young girls, for instance—teenage pregnancy. Have behaviours changed sufficiently that we do not have that problem, or could we envision it happening?

We will probably have this with us, and have some infections with us in the future. The question is whether we can just push it down to the smallest, lowest rate of infections that is achievable.

Mr. Pagtakhan: Once upon a time, Mr. Chairman, the Minister of Health, if I recall correctly, did indicate to the committee that a study has been funded to look at the efficacy of some of the tools to effect change in behaviour. I wonder if the committee at this point could be reminded to seek that study. Has it been completed? This by way of comment on my part.

Dr. Gilmore, obviously the transmissibility of the infection is linked not only to the patients with AIDS, the full-blown disease, but to the HIV infection. You indicated that there is no national strategy to prevent primary new HIV infection. When you indicate that we should have education programs because there may be an unknown case in the community to whom any citizen may be exposed, that brings me to the question of identifying this group of unknowns. We have the total cases now—we are now doing the prevalence study. There are three types of testing, the non-anonymous, where you identify the patients, the anonymous subdivided into the link, and the unlinked. You or Dr. Berger indicated that those at high risk likely will refuse the known testing, the non-anonymous testing.

• 1730

Between the unlinked and the link anonymous testing, is there any impression on your part that groups at high risk likely will refuse either one? Or will it make a difference?

[*Traduction*]

Dr Berger: Cela varie d'un endroit à l'autre. Cela dépend de l'âge. Les personnes d'un certain âge ont davantage tendance que les jeunes à adopter des pratiques sexuelles sûres. Ceux qui commencent à avoir des relations homosexuelles ont tendance à ne pas prendre autant de précaution, à prendre davantage de risques.

Cela dépend également de la proportion de personnes atteintes, de cas qui sont connus. Les tests incitent très souvent les gens à changer d'attitude. Les gens ont tendance à changer de comportement après avoir appris qu'ils sont atteints. Ceux qui persistent après cela semblent constituer une faible minorité.

Le problème, c'est que lorsqu'on va dans des endroits comme San Francisco, où la proportion d'homosexuels atteints varie entre 50 p. 100 et 75 p. 100, il est très difficile d'en parler. On peut peut-être en parler dans une toute petite ville, où le nombre d'habitants est peu élevé. Il y a aussi l'âge qui entre en ligne de compte. . . Je ne vous donne pas de réponse précise, pour la bonne raison que j'ignore la réponse.

Après avoir parlé à différentes personnes, j'ai l'impression qu'il y a eu des changements de comportement. La question, c'est de savoir si ces changements sont suffisants. Je fais une analogie avec le problème des jeunes filles, des adolescentes, qui tombent enceintes. Les attitudes ont-elles suffisamment changé pour faire disparaître complètement ce problème, ou pourrions-nous imaginer que cela se produise?

Le problème continuera probablement de se poser; d'autres personnes seront atteintes à l'avenir. Le tout, c'est de savoir si nous pouvons réduire le nombre de cas au strict minimum possible.

M. Pagtakhan: Monsieur le président, le ministre de la Santé a dit un jour au comité, si je ne m'abuse, que le gouvernement avait financé une étude portant sur l'efficacité de certains des moyens employés pour provoquer certains changements de comportement. Je me demande si l'on pourrait rappeler au comité de vérifier où en est cette étude. Est-elle terminée? Il s'agit d'un simple commentaire.

Docteur Gilmore, ce ne sont pas seulement les personnes qui sont atteintes du sida qui sont contagieuses, mais aussi celles qui ont le VIH. Vous avez dit qu'il n'existait pas de stratégie nationale visant à prévenir l'infection primaire par le VIH. Vous dites qu'il faudrait organiser des programmes éducatifs parce qu'il risque d'y avoir des personnes dont on ignore qu'elles sont atteintes dans la collectivité et qu'il y a des risques de contamination; cela me fait penser à la question de l'identification des cas inconnus. Nous avons maintenant le nombre total de cas. Il existe trois sortes de tests, les tests non anomymes, qui permettent d'identifier les personnes concernées, et les tests anonymes qui se subdivisent en tests reliés ou en tests non reliés à une personne. Vous avez dit, ou bien c'est la docteure Berger qui l'a dit, que les personnes à risque élevé refuseraient probablement de passer le test non anonyme.

Avez-vous l'impression que les groupes à risque élevé refuseront de subir des tests anonymes reliés à une personne ou des tests anonymes non reliés? Cela fera-t-il une différence?

[*Text*]

Dr. Gilmore: There is some data which I would have to look for—it would take a little time in the library—which suggests that people who suspect they are infected or were found subsequently to be infected, a high proportion of those would back away from undergoing testing in such circumstances. That is one.

The second one is that I think the issue is not simply one of unlinked versus link testing. I look at unlinked testing, where any information relating to the person—in other words, linking the result with person—is destroyed, as purely a research tool at this point in time, which really provides us with information on populations, not on individuals. It can be considered to some extent to be transparent, in the sense of going on in the system.

The federal government has put together a very good report on the ethical issues, on what must be met to make these things fulfil the minimum ethical standards. However, I think they should be considered as somewhat transparent, as a surveyance or monitoring of what is going on in the community.

The question is: how can we promote greater testing, of larger numbers of people, in other words, just by getting them to go forward to be tested, particularly those who might not otherwise find out that they are infected and so go on to expose others?

That comes back to this whole question of the conditions under testing. In other words, does it seem to be intrusive? Are you going to end up being discriminated against because people now know you are infected, and so on? So you are not going to go near it? Or do you have confidence in the system? Is it a question of the subsequent tracing of your contacts by someone else, rather than having you get the opportunity to do this? Once all of these things are solved, then I would feel that link testing is a very important thing. It should be available, it should be accessible to everybody, and it should be very acceptable to them.

Mr. Pagtakhan: Well, you have certainly come to the very core of my subsequent question, that unless we go to the link, anonymous, confidential testing, we will only be doing with unlinked, anonymous testing, the determination of the magnitude of the problem, but we are not solving the problem itself. We are not able to trace contacts, we are not able to provide treatment, we are not able to provide definitive individualized counselling, etc.

Are there groups in the country or through your foundation that have made concrete proposals to the federal government along the line of how do we effectively sell to the country the need for link, nevertheless, anonymous and highly confidential testing, as has been the practice with medicine?

[*Translation*]

Dr Gilmore: D'après certaines données, qu'il faudra que je trouve, et il faudrait pour cela que je passe un certain temps à la bibliothèque, une forte proportion des personnes qui se pensent atteintes ou qui sont effectivement atteintes, refuseraient de subir des tests dans de telles circonstances. Voilà une partie de la réponse.

La deuxième partie, c'est qu'il ne s'agit pas uniquement à mes yeux d'une question de tests non reliés à une personne et de tests reliés à une personne. Pour moi, les tests non reliés à une personne, c'est-à-dire les tests après lesquels on détruit les informations se rapportant à la personne concernée, autrement dit les liens entre les résultats et la personne, constituent uniquement un outil de recherche pour le moment; ces tests permettent d'avoir des informations collectives et non individuelles. On peut considérer qu'ils sont transparents dans une certaine mesure, du fait que l'on note les résultats.

Le gouvernement fédéral a publié un excellent rapport sur les questions de déontologie, dans lequel il dit quelles sont les normes minima à respecter. Il faut toutefois, à mon avis, considérer que ces tests sont relativement transparents, car ils permettent de suivre ce qui se passe dans la collectivité.

La question est de savoir comment on peut multiplier les possibilités des tests ou comment on peut accroître la participation des gens à ces tests, surtout celle des personnes qui sans cela risquent de ne pas découvrir qu'elles sont atteintes et, par conséquent, de faire courir certains risques à d'autres.

Il y a toute la question des circonstances dans lesquelles les tests sont faits qui se pose. Autrement dit, les tests sont-ils gênants? Va-t-on finir par être mis au ban de la société parce que d'autres personnes savent qu'on est atteint? Est-ce la raison pour laquelle on va décider de ne pas aller subir de test? Ou bien a-t-on confiance dans le système? Est-il question de retrouver vos contacts avec quelqu'un d'autre ou plutôt de vous donner l'occasion de passer le test? Lorsque tous ces problèmes seront résolus, on constatera qu'il est très important d'effectuer des tests reliés à une personne. Il faudrait les offrir à tout le monde, les rendre accessibles à tous et ils devraient être très acceptables.

M. Pagtakhan: Vous avez été au coeur de ma question suivante; si nous ne faisons pas des tests reliés à des personnes, des tests anonymes confidentiels, les tests anonymes non reliés à des personnes nous permettront uniquement de connaître l'ampleur du problème, mais pas de le résoudre. Ces tests ne nous permettent pas de retrouver les personnes avec lesquelles un individu a été en contact, de soigner les personnes atteintes; ils ne nous permettent pas d'offrir des services consultatifs individualisés ni d'autres services.

Existe-t-il au pays ou au sein de votre fondation, des groupes qui ont fait au gouvernement fédéral des propositions concrètes sur la manière de faire accepter aux Canadiens l'idée de subir des tests permettant de faire des rapprochements avec certaines personnes tout en demeurant anonymes, comme c'est habituellement le cas dans les milieux médicaux?

[*Texte*]

Dr. Berger: Yes. I certainly can send you some information which we have actually prepared ourselves. This has been addressed I think all the way from a National Advisory Committee on through to a variety of researchers across the country, and so on. I think it has been well addressed.

I think the public health systems in this country are going to have to address that more and more, as the extent of the control they feel they need to exert on the individual who wants to go forward to be tested. If the person says, I will only go under the circumstances that I will not tell my partners if I am found to be infected; I will not tell them that they have been exposed, can we allow that to go forward? It is a very difficult issue—this is in the anonymous setting, for instance—because it means we are giving up that opportunity to intervene. I think in most circumstances, that is not a major problem. Most people will go forward. The physician will sit down with them and clearly work through their need to be responsible, to inform their partners. If they do not do it and the physician feels he cannot do it because of time constraints or whatever else, public health authorities need to be able to do it. That is generally not the major problem.

• 1735

I think the major problem is to have people come forward to the system, to start with, and feel they can undergo testing without being disadvantaged or threatened severely. If you suddenly say to them as they come through the door that if they are found positive you are going to phone all of their partners, it is sort of a disincentive. I think it has to be a very co-operative approach to bring them forward and say, look, we understand this, and we are going to try our best to do this.

Part of the problem is that this may vary across the country from province to province because of what public health laws require or allow in various provinces. In the province of Ontario, anonymous testing is not allowed by law, if I am not mistaken, whereas in Quebec it is not a problem. Unless there is a specific law that outlaws it, it is allowed in Quebec. So it is going forward in Quebec without a problem.

One of the problems we have is this diversity of public health law across the country. I think it is a problem that public health is going to have to recognize, to try to promote more testing, more co-operation by patient with partners, contacts, exposures, and the physicians are going to have to be able to understand this and counsel their patients to come forward to this system. For that small group of people, you need anonymous testing. You need it unlinked for research purposes, for monitoring and surveillance of what is going on in the country, for trends, in other words, in populations. You need anonymous testing as that escape clause or escape valve when a person will not come forward under the other circumstances but you will not have any contact with them otherwise, except maybe for 5 or 10 years when they do get sick if they are going to get sick.

[*Traduction*]

Dr Berger: Je peux vous envoyer des renseignements que nous avons préparés nous-mêmes. Le problème a été abordé par un comité consultatif national et par différents chercheurs de toutes les régions du pays. Je crois qu'il a été soigneusement examiné.

À mon avis, les services d'hygiène publics du pays vont devoir se demander de plus en plus quel degré de contrôle il convient d'exercer sur les personnes qui veulent subir un test. Pouvons-nous tolérer que certaines personnes acceptent de subir un test à la seule condition de ne pas être obligées de dire à leurs partenaires qu'elles sont atteintes? C'est une question très difficile car si l'on veut respecter , l'anonymat, on renonce à la possibilité d'intervenir. Dans la plupart des cas, ce n'est pas un problème très grave. À mon avis, la plupart des gens iront trouver leur médecin, qui leur expliquera clairement qu'ils doivent adopter une attitude responsable et informer leurs partenaires. Sinon, si le médecin trouve qu'il n'a pas le temps de le faire ou s'il ne peut pas le faire pour d'autres raisons, il faut que les services d'hygiène puissent s'en occuper. Ce n'est généralement pas là que réside le gros problème.

Le gros problème, c'est d'inciter les gens, à prendre eux-mêmes l'initiative, de les convaincre qu'ils peuvent subir un test sans être défavorisés ni fort menacés. Si vous dites aux gens au moment où ils arrivent que si les résultats du test sont positifs, vous allez téléphoner à tous leurs partenaires, ce n'est pas le bon moyen de les convaincre. Il faut faire preuve de coopération; il faut leur dire que vous comprenez, que vous allez faire de votre mieux.

Le problème réside en partie dans le fait que cela peut varier d'une province à l'autre, du fait que les lois sur la santé publique imposent des contraintes ou accordent des pouvoirs différents. Dans la province de l'Ontario, les tests anonymes sont interdits par la loi, si je ne m'abuse, tandis qu'au Québec, il n'y a pas de problèmes à cet égard. Sauf si une loi l'interdit spécifiquement, ce genre de test est autorisé au Québec. On pourra donc pratiquer de tels tests au Québec sans difficulté.

Ce manque d'uniformité dans la législation pose donc un problème. Les services de santé publique vont devoir reconnaître ce problème, ils vont devoir essayer de favoriser la multiplication des tests, d'accroître la coopération entre le patient et les partenaires, et les autres personnes exposées, et il va falloir que les médecins soient capables de le comprendre et de recommander à leurs patients de subir des tests. Pour de petits groupes de gens, il faut des tests anonymes. Il faut des tests non reliés à des personnes, pour la recherche, le contrôle et la surveillance, pour étudier des tendances qui se dessinent au sein de la population. Il faut des tests anonymes comme soupape de sécurité, pour attirer les gens qui refuseront de subir un test dans d'autres conditions; le problème, c'est que vous n'aurez aucun autre contact avec ces personnes, sauf peut-être cinq ou 10 ans après, losqu'elles seront malades, si elles le sont.

[*Text*]

Finally, you can have things kept as confidential as possible in a physician's office with a more co-operative approach between public health authorities, the physician and the patient, allowing the patient to take the lead to work out talking to other persons. Keep all that information in the doctor's office between the patient and the physician and let public health authorities do the policing work of saying, yes, the physician has done his job.

Mr. Pagtakhan: I have detected a paradox in the whole situation since becoming involved with this issue in 1987 as a school trustee formulating policy. In the one instance, we tell the public there is nothing to fear about this disease not being very communicable. It is contagious; it is infectious but not very communicable. Therefore, even if one is there in the community, the patient may stay in the household or go to a job, and perhaps all the guarantees can be made. Yet when we continue to sustain policies that support the very fear that these things could happen, in a sense they are counter-productive. I have no easy answer, and I am trying to grapple with the problem. On that basis, is there anything we can learn from the history of how we controlled tuberculosis in the country and in the world?

Dr. Gilmore: Yes. I have an historical point, and I will certainly send a copy of it to you. There is an article by Baruch Blumberg, who discovered Australia antigen or hepatitis-B virus. It was written in 1985 in the *Annals of Internal Medicine* and it is on the ethical issues relating to hepatitis testing.

In the early 1970s tests for hepatitis became available, just like we now have tests for HIV. He spoke about children being kept out of school, people being refused to allow to immigrate into a country if they were carriers of the hepatitis virus, people not being able to work and so on. This was in 1985, and you could read that article and insert the word HIV everywhere as opposed to hepatitis-B.

What I think is most interesting about it is that most of those issues, as they relate to hepatitis, have now quietened down and we do not talk about them much. We have not resolved a lot of those issues, but they have come back now with a vengeance again because of HIV. The difficulty is that HIV represents a major problem today, I think, because of the sheer number of people who are infected. Although it may wax and wain a bit in individuals, they are infectious for life, not like known hepatitis carriers, but still it is for life.

• 1740

My impression is that a lot of these social problems this infection has generated are now starting to quieten down in many areas. For example, the U.S. Congress passed a law in October that has made it possible for people who are HIV infected, and alien to that country, but otherwise admissable, to enter the United States. There were very strict travel restrictions on these people, but they are backing down from that approach. The process has now come around to allowing

[*Translation*]

Enfin, on peut s'arranger pour que les médecins puissent garder les informations le plus secrètes possible tout en accroissant la coopération entre les services de santé publique, le médecin et le patient et tout en permettant à ce dernier de prendre l'initiative d'aller parler aux autres. Il faut que les renseignements restent confidentiels entre le médecin et le patient et il faut laisser aux services de santé publique le soin de vérifier si le médecin a fait son travail.

M. Pagtakhan: J'ai relevé un paradoxe dans toute la situation depuis que je m'intéresse à la question à titre de conseiller scolaire, chargé de formuler une politique, c'est-à-dire depuis 1987. D'une part, nous disons au public qu'il n'y a rien à craindre et que cette maladie n'est pas très contagieuse. Elle l'est contagieuse; c'est une maladie infectieuse, mais elle ne se communique pas très facilement. Par conséquent, le malade peut rester chez lui ou aller travailler; on peut peut-être prendre toutes les garanties nécessaires. Nous maintenons pourtant des politiques qui entretiennent la crainte que cela se produise; dans un certain sens, elles ne sont pas efficaces. Je ne connais pas de solution facile; j'essaie seulement de m'attaquer au problème. À cet égard, avons-nous quelque chose à apprendre des méthodes que nous avons employées pour vaincre la tuberculose au Canada et dans le monde entier?

Dr Gilmore: Oui. J'ai un document historique et je vous en enverrai une copie. Il y a un article de M. Baruch Blumberg, qui a découvert l'antigène australien ou le virus de l'hépatite B. Cet article est paru en 1985 dans la revue *Annals of Internal Medicine*; il porte sur les questions de déontologie concernant les tests relatifs à l'hépatite.

Au début des années 70, on a commencé à faire des tests pour l'hépatite, comme il existe maintenant des tests pour le VIH. Dans son article, l'auteur dit que l'on interdisait aux enfants d'aller à l'école, que l'on empêchait d'immigrer des personnes qui étaient porteuses du virus de l'hépatite, que l'on empêchait certaines personnes de travailler. C'était en 1985; on pourrait reprendre le même article en remplaçant partout le terme hépatite B par VIH.

Ce qui est très intéressant, c'est qu'on ne parle plus beaucoup de la plupart des problèmes qui se posaient pour l'hépatite. Nous en avons résolu une bonne partie, mais ces problèmes se posent avec une nouvelle acuité, à cause du VIH. La difficulté, c'est que le VIH est devenu un problème majeur à l'heure actuelle uniquement en raison du nombre de personnes atteintes. Cela peut changer selon les personnes mais ces gens-là sont marqués pour la vie, pas comme les porteurs du virus de l'hépatite qui sont connus; il reste qu'ils sont marqués pour la vie.

J'ai l'impression qu'une bonne partie des problèmes sociaux que cette maladie a suscité commencent à disparaître dans bien de régions. Ainsi, le Congrès américain a adopté au mois d'octobre un projet de loi permettant aux étrangers atteints du VIH, qui ne seraient pas admissibles selon les autres critères, d'aller aux États-Unis. Des conditions de voyage très strictes avaient été imposées à ces personnes, mais les Américains changent maintenant leur fusil d'épaule.

[*Texte*]

people into the country again, even though many Canadians had been kept from visiting the United States because they were HIV infected.

The workplace issue seems to be less, although again the economic issues in the workplace are coming forward. How can we afford to keep a group of people in the workplace, because of disability, insurance issues and so on like that, if they are likely to get sick. Then we have the competence issue as well with neurological disease. All these issues are now starting to come forward. I think the classic stigmatizing discriminatory ones that we initially saw, the sort of irrational, almost hysterical ones, are diminishing.

I do not know the answer to your paradox either. It is that fundamental paradigm of, again, a balancing act. Somehow we must move between all of this, not taking one or the other alternative, but we must try to balance in saying that we must emphasize one over the other and promote what we can and avoid or minimize the other side that may be harmful.

Mr. Pagtakhan: Can you give an estimate of the total expenditures by government across the country for HIV infection and AIDS?

Dr. Gilmore: No, I do not, sir. One of the problems we have is that we do not even have a budget that I am aware of, of federal expenditures as such. Some were published between 1984 and 1986 as part of the annual reports of the National Advisory Committee on AIDS. Then there was data that was presented to the parliamentary ad hoc committee for 1989-90, I believe, but that is all. I do not know what the expenditures are at the federal level. There is some data on provincial expenditures. It is not yet as up-to-date as we would like, but certainly in the text that we prepared in Montreal at McGill concerning a variety of aspects of AIDS, which is called *ItRespond to HIV-AIDS in Canada there is some data on what some provincial governments have either allocated or actually expended. The difficulty is that there is an awful lot of talk about allocation but very little about actual expenditures.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Gilmore. I think the interest in the testimony you have given today is evident from the questions from the members. We certainly appreciate your taking time to appear before the committee. We do apologize that we are running behind schedule. Thank you very much for your appearance.

Dr. Gilmore: Thank you for the opportunity.

The Chairman: You indicated that you were going to forward some material to the committee, or did we get that?

Dr. Gilmore: There are several things that I will forward to you, sir. I can list those again if you want me to. Information on the antibody testing. There is an article by Bloomberg. You had asked for another thing on responses to behaviour change. That is going to be a little difficult to find, but I think I can find it for you.

[*Traduction*]

On permet à nouveau aux gens d'aller aux États-Unis, même si plusieurs Canadiens avaient été empêchés de s'y rendre parce qu'ils avaient le VIH.

Le problème semble être moins aigu au travail, bien que les considérations d'ordre économique viennent au premier plan dans ce contexte. Peut-on se permettre de continuer à faire travailler un groupe de personnes qui risquent de tomber malades, compte tenu des problèmes d'invalidité, des questions d'assurance et d'autres difficultés de ce genre. Il y a aussi la question de la compétence qui entre en ligne de compte dans les maladies neurologiques. La situation commence à s'améliorer dans tous ces domaines. Je crois que les réactions classiques, qui consistent à stigmatiser les victimes, à faire de la discrimination à leur égard au début, que les réactions irrationnelles, quasi hystériques s'estompent.

J'ignore également quelle est la réponse au paradoxe que vous me soumettez. Il s'agit du paradigme fondamental, de la nécessité de peser le pour et le contre. Il ne faut pas adopter une solution bien arrêtée, mais il faut essayer de faire la part des choses, en expliquant qu'il faut bien accorder la préférence à une solution plutôt qu'à une autre, qu'il faut faire son possible et qu'il faut essayer de réduire les risques le plus possible.

M. Pagtakhan: Pouvez-vous nous dire quelles sont les dépenses totales prévues, par chaque gouvernement du pays, pour le VIH et le sida?

Dr Gilmore: Non, monsieur. Un des problèmes, c'est que le gouvernement fédéral n'a même pas prévu de budget à cet effet. Certains chiffres ont été publiés entre 1984 et 1986 dans les rapports annuels du Comité consultatif national sur le sida. On a ensuite présenté certains chiffres au comité parlementaire spécial pour 1989-1990, je crois, mais c'est tout. J'ignore quelles sont les dépenses prévues à cet effet par le gouvernement fédéral. On possède certaines données sur les dépenses des provinces. Elles ne sont pas aussi à jour que nous le voudrions, mais nous avons donné quelques chiffres sur les crédits affectés ou sur les dépenses effectuées par certains gouvernements provinciaux dans le document sur différents aspects du sida qui a été préparé par l'Université McGill de Montréal. Le problème, c'est qu'il a beaucoup été question d'affectation de crédits mais qu'il a été très peu question de dépenses réelles.

Le président: Merci beaucoup, docteur Gilmore. Votre témoignage a manifestement suscité beaucoup d'intérêt, à en juger d'après les questions qui vous ont été posées par les membres du comité. Nous apprécions beaucoup que vous vous soyez donné la peine de comparaître devant le comité. Nous nous excusons d'être en retard. Merci beaucoup d'être venu.

Dr Gilmore: Merci de m'avoir donné l'occasion de venir témoigner.

Le président: Vous avez dit que vous enverriez des documents au comité; avons-nous bien compris?

Dr Gilmore: Je vous enverrai plusieurs documents, monsieur. Je peux vous les énumérer de nouveau, si vous le voulez. Il y aura des renseignements sur les tests immunologiques. Il y a un article de M. Bloomberg. Vous avez demandé d'autres renseignements sur les changements de comportement. Ils seront peut-être un peu difficiles à trouver, mais je crois y arriver.

[*Text*]

• 1745

The Chairman: Our next witness is Mr. Lavoie. I realize, Mr. Lavoie, you have been waiting. Usually our clerk is very able and efficient. Somehow or other, in scheduling our hearings for this two-day period, she failed to schedule in a war and the recall of Parliament. So, Pierrette, it is all your fault that we are in this situation.

However, Mr. Lavoie, we appreciate you appearing before the committee today. As I say, we apologize, although hopefully you may have learned something, along with the committee, in listening to the evidence we have heard this afternoon. Proceed, please.

Mr. Joe N. Lavoie (President, Care Med International): Thank you for the honour of addressing this committee. I certainly have enjoyed the last almost two hours, because the whole question of AIDS is very near and dear me in terms of having worked with Casey House and starting Casey House. So I have a closeness to that whole question on AIDS.

That raises a number of issues in the health care setting. One is ethics. I gave a speech to about 1,000 people in Alberta on who decides on health care, what decisions are made. As we see from evidence in the United States, more and more the courts are being asked who decides life expectancy. We look at catastrophic diseases; we look at "do not resuscitate" orders. We look at a lot of ethical issues.

My 20 years of experience in health care, primarily in teaching hospitals, as well as a community hospital, has really informed and reinforced values and morals we in health care all live by. I could not help but note the question asked regarding the religious order. Having worked in a downtown Catholic teaching hospital for the last four years, the question of AIDS and condoms and the use of condoms was a really difficult ethical issue for our nurses: on one hand to treat the patients, on the other hand the religious order not allowing the giving out of condoms to patients known to be infected. So it presented some very difficult administrative issues.

How do you deal with that? Questions were asked around knowing or not knowing that the patient has AIDS. We have some 500,000 patients at Saint Michael's Hospital, and any of the 500,000 could have AIDS or be infected by the disease. I would laud the mandatory requirement of all hospitals' emergency departments and those community-based programs that would have a co-operative view on the collection of information. That has to be a federal leadership responsibility that should go forward.

But I was not here to address the AIDS question, although that becomes one of resource and resource allocation. It certainly impacted our hospital in 1986, with prevention and universal precautions of $785,000. That in itself was one item of many issues that hospitals were faced with.

[*Translation*]

Le président: Notre témoin suivant est M. Lavoie. Je sais que vous avez attendu, monsieur Lavoie. Notre greffière est habituellement très efficace. Elle n'avait toutefois pas prévu la guerre et le rappel du Parlement quand elle a préparé le programme de ces deux jours de séance. Pierrette, c'est entièrement de votre faute si nous sommes dans cette situation.

Monsieur Lavoie, nous sommes heureux que vous comparaissiez devant le comité aujourd'hui. Je m'excuse encore une fois; j'espère toutefois que vous avez appris quelque chose, et les membres du comité aussi, en écoutant les témoignages de cet après-midi. Allez-y, je vous prie.

M. Joe N. Lavoie (président, Care Med International): Je vous remercie de m'avoir accordé l'honneur de venir témoigner devant le comité. J'ai suivi la discussion pendant près de deux heures et je l'ai trouvée passionnante, car le problème du sida me tient beaucoup à coeur du fait que j'ai travaillé à la Casey House et que je l'ai lancée. Par conséquent, toute la question du sida m'intéresse beaucoup.

Elle suscite plusieurs problèmes dans le contexte médical. Un des problèmes est d'ordre déontologique. J'ai prononcé, devant un millier de personnes, en Alberta, un discours dans lequel j'ai expliqué qui prenait les décisions en matière de services de santé et quel genre de décisions étaient prises dans ce domaine. Comme nous avons pu le constater aux États-Unis, on demande de plus en plus souvent aux tribunaux qui décide de l'espérance de vie. On pose ces questions à propos de maladies catastrophiques, à propos d'ordres «de ne pas ressusciter». Cela pose beaucoup de problèmes d'ordre moral.

J'ai vingt ans d'expérience dans le domaine des soins médicaux, surtout dans des hôpitaux d'enseignement ainsi que dans un hôpital communautaire, et je suis parfaitement au courant des valeurs morales que l'on respecte dans ce domaine; cette expérience a renforcé l'importance de ces valeurs dans mon esprit. Je n'ai pas pu m'empêcher de relever la question qui a été posée au sujet de l'ordre religieux. Je travaille dans un hôpital d'enseignement catholique du centre de la ville depuis quatre ans, et la question du sida et de l'utilisation des préservatifs a posé beaucoup de problèmes moraux à nos infirmières: d'une part, il fallait traiter les malades et, d'autre part, l'ordre religieux ne permettait pas de distribuer des préservatifs aux personnes atteintes. Ce dilemme a posé de très gros problèmes administratifs.

Comment faire? On s'est demandé comment savoir qui a et qui n'a pas le sida. Il y a environ 500,000 malades à l'Hôpital St. Michael et ils sont tous susceptibles d'avoir le sida ou d'être atteint par la maladie. Je serais enchanté que tous les services d'urgence des hôpitaux et les programmes communautaires soient obligés d'adopter un point de vue coopératif dans la collecte des informations. Il incombe aux autorités fédérales de prendre l'initiative dans ce domaine.

Mais je n'étais pas là pour parler de la question du sida, bien que cela devienne une question de ressources et d'affectation des ressources. Le problème a certes eu des répercussions sur notre hôpital en 1986, car les mesures de précaution et les mesures universelles ont coûté 785,000$. C'est un des nombreux problèmes auxquels les hôpitaux se trouvent confrontés.

[*Texte*]

The opening of Casey House alleviated and addressed a concentration of excellent resources, but it was costly. The cost of those 10 beds, roughly $350,000 annually, exceeded our intensive care costs, which were hovering around $187,000. So it is an expensive disease to treat in the end stage, and even all along the various stages, knowing that the cost will eventually be in vain, to some degree, and the question of dignity in dying does raise its issue.

I was going to focus my talk on opportunity. I am reminded of the Chinese word for "crisis": danger and opportunity. I see on the danger side of the equation that the aging population of Canada, particularly by the year 2013, will increase by some 300% for individuals over 65. Health care in Ontario is running at about 34%. I predict that this will go to 50% by the turn of the century. And goodness knows what will happen with the war that is on now.

If it continues, what will be the after-effect of the war on hospitals? Hospitals are now being faced with having to handle the GST. While the minister has assured us he will make us whole, I am not sure that will be the case. Our estimates are roughly a $1-million to $2-million dollar impact.

• 1750

We look at pay equity and we look at all the social legislation that is upon us. The impact at St. Michael's in this given year will exceed $8 million. That forces hospitals to close beds, or on the opportunity side, to look at what I think is a great opportunity. Looking at exporting health care we have some of the finest physicians and researchers in the world.

I recall my experience in another teaching hospital where in fact an eminent physician attracted world-class attention. This physician, who is well known in the industry in neural surgery, had to have the critical mass of patients from the world in order to continue his practice. That brought in a source of revenue to the hospital that was next to none in terms of its ability to use those funds for Canadian patients. So I see beds being closed and resources being whittled down the drain when in fact those resources could be used for world patients.

I had an opportunity to meet with the health care ministers from Hungary and Yugoslavia and Moscow. AIDS is going to be a major problem for those countries, even more epidemically than in Canada and the United States. At the same time, with the requirements for good Canadian health care administration, good health care direction in terms of medical leadership, we sort of focus on ourselves and not look at the rest of what is happening in the world. I think there is a great opportunity for Canadians and the medical profession and the administration to export some of this expertise around the world.

Having had a conversation with the minister from Belgium on their health care, I again look at Canadians as a means of looking at the possibility of exporting administration and health care. I think there are a number of areas of

[*Traduction*]

L'ouverture de la Casey House a amélioré la situation et a permis de disposer d'excellentes ressources, mais cette solution était coûteuse. Le coût de ces dix lits, qui s'élevait en gros à 350,000$ par an, était supérieur au coût des soins intensifs, qui se situait aux alentours de 187,000$. Il s'agit donc d'une maladie coûteuse à soigner au stade final, et même pendant les différents stades; par ailleurs, on sait que toutes ces dépenses seront finalement vaines dans une certaine mesure; il y a aussi le problème de la mort dans la dignité qui se pose.

J'allais surtout parler des occasions qui s'offrent à nous. Cela me rappelle que le terme chinois qui correspond au mot «crise» veut dire à la fois danger et occasion. Du côté du danger, je constate qu'en raison du vieillissement de la population canadienne, d'ici l'an 2013, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans triplera. En Ontario, 34 p. 100 des services de santé sont consacrés à ces personnes. Je prévois que la moitié des ressources seront consacrées à elles vers la fin du siècle. Dieu sait ce qui se passera à la suite de la guerre qui a éclaté.

Si elle se poursuit, quelles seront ses conséquences pour les hôpitaux? Pour le moment, les hôpitaux doivent également faire payer la TPS. Le ministre nous a assuré que nous serions épargnés, mais je n'en suis pas certain. Nous prévoyons des répercussions d'environ un à deux millions de dollars.

Compte tenu de l'équité salariale et des lois sociales, les répercussions sur l'hôpital St. Michael dépasseront cette année 8 millions de dollars. Cela force les hôpitaux à supprimer des lits ou à envisager d'autres solutions. Par exemple, nous pouvons envisager d'exporter des soins de santé, étant donné que nous avons, au Canada, des médecins et des chercheurs qui comptent parmi les meilleurs du monde.

Je me souviens d'un éminent médecin dont la réputation avait franchi les frontières du pays, qui pratiquait dans un hôpital universitaire. Ce médecin très connu dans le milieu de la neurologie devait avoir un nombre suffisant de patients étrangers pour pouvoir continuer sa pratique. Grâce à cette formule, l'hôpital était en mesure d'augmenter ses recettes de manière incomparable et d'utiliser ces fonds pour soigner les patients canadiens. Par conséquent, j'entrevois la suppression de certains lits d'hôpital et la diminution des ressources alors qu'on pourrait les utiliser pour soigner des malades étrangers.

J'ai eu l'occasion de rencontrer les ministres de la Santé de Hongrie, de Yougoslavie et d'URSS. Dans ces pays, le sida sera une épidémie encore plus grave qu'au Canada et aux États-Unis. Or, en raison des exigences liées à la bonne administration des soins de santé au Canada et à la bonne gestion des cadres médicaux, nous avons tendance à nous replier sur nous-mêmes et à ignorer ce qui se passe dans le monde. Je pense que les Canadiens, la profession médicale et l'administration hospitalière pourraient très bien exporter leurs compétences dans d'autres pays.

À la suite de l'entretien que j'ai eu avec le ministre belge sur les soins de santé prodigués en Belgique, je crois que les Canadiens devraient étudier la possibilité d'exporter leurs compétences en matière de prestation et d'administration des

[*Text*]

opportunity that we have addressed in the province of Ontario to some degree when they announced the Baun program, but it did not go anywhere. It fizzled out fairly quickly because there was not the commitment. Not only that, the administration was not trained in marketing skills, business sense, the acumen of dealing with all the area of risk management in terms of business management. But should hospitals be involved in business risk? We are in one of the biggest businesses in the world and we will be growing, as I said earlier, to 50% of our cost. So I think there has to be a massive training program on business acumen, taking the best of the business ideas and thoughts and exporting some of that health care.

I believe that we should be spending more and paying a lot more attention to concentrated research. When I was involved in a couple of major research programs, particularly the neural bypass, which was a procedure involved in supplanting a blood vessel into the brain to bypass a particular occlusion within the cranium, that study was funded by the United States and IH to the tune of $4 million. In subsequent studies thereafter the net savings on that study alone in the world would probably exceed $1 billion today.

I look at studies in the area of kidney transplant and the cost on the other side of treating patients three times a week on dialysis machines, where a greater emphasis should be placed on looking at net present value calculations of savings from the various research entities. We have not done that. We have not spent $1,000 investigating the net present value of some of these programs into which we should be putting a lot more money for research.

It seems we put all of the dollars into the final end stage of a patient's life when we should be looking at putting money into (a) the prevention side, (b) into research, and then finally maybe into some of the end stages. I think we have our priorities wrong. At the same time I come from a large family. My mother was widowed when she was quite young and I can recall the day we sold our house. The city had liens against the house for $6,000. The house was sold for $5,800. We do not want a repeat of that.

I am sure that somewhere down the line we are going to have to come up with some better ways and means of financing health care if it does go to 50%, or how we can export some of the expertise in health care. I look at some of the scientific endeavours on different modalities that we have developed here in Canada. They get automatically transferred to the United States and to other countries because (a) they have a greater commitment in those areas and, (b) we use a very valuable resource. I see that over the last 20 years where a number of good physicians have left the Canadian health care scene. This is not to say it is perfect in the United States, because they have 37 million people not insured. At

[*Translation*]

soins de santé. Nous nous sommes intéressés à certaines possibilités lorsque la province de l'Ontario a annoncé le programme Baun, mais les projets se sont rapidement effondrés, faute d'engagement. D'autre part, l'administration n'était pas rompue aux arcanes de la commercialisation, n'avait pas le sens des affaires et n'était pas habituée aux techniques de gestion des risques en affaires. Cependant, on peut se demander si les hôpitaux devraient prendre des risques commerciaux? Le secteur hôspitalier est un des secteurs commerciaux les plus importants du monde et notre croissance va continuer, comme je l'ai dit plus tôt, jusqu'à représenter 50 p. 100 de nos coûts. Par conséquent, je pense qu'il faut mettre sur pied un vaste programme de formation aux affaires afin de permettre au personnel hôspitalier de s'initier aux meilleurs principes commerciaux et d'exporter certaines de leurs compétences médicales.

Je suis convaincu qu'il faudrait consacrer plus de crédits et accorder plus d'attention à la recherche concentrée. J'ai participé à plusieurs importants programmes de recherche et, en particulier, à la recherche sur le pontage neurologique, qui consiste à implanter un vaisseau sanguin dans le cerveau de manière à contourner une occlusion cérébrale. Les États-Unis et l'IH avaient consacré quatre millions de dollars à ces recherches. À elle seule, cette étude a permis d'économiser probablement plus de un milliard de dollars à travers le monde.

Si je compare, d'une part, les études qui sont faites au niveau de la transplantation rénale et, d'autre part, les coûts qu'occasionne le traitement des malades par dialyseur, trois fois par semaine, je constate qu'il faudrait s'intéresser plutôt aux économies nettes que les diverses recherches pourraient permettre de réaliser. Rien de tel n'a été fait. Nous n'avons pas dépensé 1,000 dollars pour étudier la valeur nette actuelle de certains de ces programmes auxquels nous devrions consacrer beaucoup plus de crédits.

Il semble que nous consacrions tous les crédits au traitement curatif des malades, alors qu'il faudrait consacrer des fonds, premièrement, à la prévention et, deuxièmement, à la recherche avant de songer aux étapes finales du traitement. Je pense que nous avons mal choisi nos priorités. Je viens d'une famille nombreuse. Ma mère est devenue veuve assez jeune, et je me rappelle encore le jour où nous avons vendu notre maison. La municipalité avait un droit de rétention de 6,000$ sur la maison. Or, nous l'avons vendue pour 5,800$. Nous ne voulons pas recommencer une telle expérience.

Je suis persuadé qu'il nous faudra finalement trouver un meilleur moyen de financer les soins de santé s'ils atteignent 50 p. 100, ou une façon d'exporter nos compétences médicales. Si l'on regarde certains projet scientifiques qui ont été conçus au Canada, on s'aperçoit qu'ils sont automatiquement transférés aux États-unis ou dans d'autres pays, premièrement, parce qu'ils y reçoivent un meilleur encouragement financier et, deuxièmement, parce que nous utilisons une ressources très précieuse. Depuis 20 ans, beaucoup de bons médecins ont quitté le Canada. Cela ne signifie pas que tout est parfait aux Etats-Unis, puisque 37 millions d'Américains ne sont pas assurés. Quand on

[*Texte*]

the same time, having worked in a large teaching hospital in the United States, part of that is maybe a little misleading when we look at 37 million people not insured. Eventually they get health care, and maybe too late.

• 1755

I look at the Hospital Corporation of America, and I will not use any other names but this one particularly, and they spend 25% on bad debt or care for patients who would not otherwise have it. Out of $4 billion, that is almost $1 billion. So there are patients being treated, but maybe not to the same degree of quality that we demand.

In the perception of the Canadian health care scene, it is free. Without any knowledge of the cost of a transplant, the cost of treatment of dialysis, we do not have a clue as to the cost of these procedures. I think there is some work being done now with the MIS project. It has been ongoing now for about five years and will probably require some updating.

Lacking in the Canadian health care system is an information data base. We spoke about wanting to know who is infected, who is not infected, what diseases are prevalent, what is the out-patient diagnosis. We have a long way to go in the information systems, and very few dollars have been put into information systems because there has not been the need. There has not been a need to produce an individual bill for the patient. God forbid if we get into that administrative nightmare, because it is a very expensive one.

I see some hope in looking at some new ways of doing costing. For example, CMGs, or case mix groupings, as they are known in Canada, are probably a good starting point that may not be that expensive in looking at costing some of the diagnostic related diseases. That was imported from the United States. There is some good cross-referencing now that is going on between York in the province of Ontario, which was initiated in our hospital, comparing our detailed cost by disease classification. We are now getting a little bit of a handle on it, but it is one little candle light right now. I see that as probably one area that could take off if there is the will and the backing of both the federal and provincial governments.

The Hospital Medical Records Institute in Toronto has roughly 80% of the hospitals in their data base for in-patients. They are now bringing on emergency patients and surgical day care patients. They are building a very worthwhile data base. Given the technology transfer from the United States vis-à-vis cost, we can proxy some good costing techniques that would be very useful in making some clinical decisions.

I would also like to concentrate on prevention. We are involved in a little bit of a project on Queen Street in downtown Toronto, whereby a building was purchased for roughly $12 million. The building was purchased by private

[*Traduction*]

travaille, comme je l'ai fait, dans un grand hôpital universitaire américain, on a peut-être une perspective légèrement faussée, puisque 37 millions d'Américains ne sont pas assurés. Quand ils obtiennent des soins médicaux, il est peut-être déjà trop tard.

Hospital Corporation of America, pour ne citer qu'elle, dépense 25 p. 100 de son budget en mauvaises créances ou soins dispensés aux malades qui ne bénéficieraient sinon d'aucun traitement. Sur quatre milliards de dollars, cela représente un milliard. Par conséquent, les malades sont soignés, mais peut-être pas selon les mêmes normes de qualité que nous exigeons.

Au Canada, les soins sont gratuits. On n'a aucune idée du coût de certains traitements tels qu'une transplantation ou une dialyse. Je crois que certaines études se font actuellement dans le cadre du projet des services d'information commerciale. Ce projet entamé il y a environ cinq ans nécessitera probablement une certaine mise à jour.

Au Canada, il nous manque une base de données sur les soins médicaux. Nous avons évoqué un projet dont l'objectif serait de répertorier les personnes contaminées, d'indiquer quelles sont les maladies les plus courantes et d'établir le diagnostic des patients en consultation externe. Nous avons beaucoup de chemin à faire dans le domaine des systèmes d'information et très peu de ressources leur ont été consacrées, puisque le besoin n'existait pas. Nous n'avons pas à facturer les soins aux malades. Dieu nous préserve de ce cauchemar administratif qui serait très coûteux.

J'ai espoir que l'on mette au point de nouvelles formules de répartition des coûts. Par exemple, le regroupement des malades selon les cas est probablement un bon point de départ pas trop coûteux pour établir les coûts de certaines maladies ayant un diagnostic semblable. Cette formule nous vient des Etats-Unis. Il y a actuellement un bon système d'échange des données entre l'Université York et la province de l'Ontario. Ce système conçu dans notre hôpital permet de comparer de manière détaillée les coûts selon les types de maladie. Il y a donc une petite lueur d'espoir à l'horizon, car nous commençons maintenant à maîtriser le système. Voilà une initiative prometteuse qui sera probablement couronnée de succès si elle obtient l'appui des gouvernements fédéral et provincial.

L'Hospital Medical Records Institute de Toronto a constitué une base de données réunissant des informations sur les malades hospitalisés dans environ 80 p. 100 des hôpitaux. L'institut a commencé une base de données sur les patients des urgences et sur les patients en chirurgie d'un jour. La base de données ainsi constituée sera très précieuse. Compte tenu du transfert de technologie des Etats-Unis par rapport aux coûts, nous pouvons emprunter certaines bonnes techniques d'établissement des coûts qui seront très utiles pour prendre certaines décisions cliniques.

Je voudrais également souligner la prévention. Nous avons un projet en cours sur la rue Queen, dans le centre-ville de Toronto. Nous avons acheté un bâtiment pour environ 12 millions de dollars, avec participation du secteur

[*Text*]

sector involvement. A banker's acceptance note was floated on the exchange and sold within 15 seconds. The amount raised was $12 million with 100% financing. The revenue source is coming from nutrition. It is coming from the private sector. There is great collaboration with major food chains and major companies involved in looking at nutrition and at prevention and lifestyle management. I think there is a ray of hope in the area of prevention, but it is a small amount of effort. I think the area of prevention, along with the education of patients, will be a primary focus if we are going to reduce and keep our costs within 30% of the gross national product in Canada.

It has always been misleading, in my opinion, when we compare our GNP in the United States of 11%, 12%, 13% to Canada's GNP of 8.6% or 9%. There are a number of missing elements within the Canadian calculation that I think you will find astounding.

The cost of capital or the interest on the money borrowed to fund from the federal to provincial and provincial to the hospitals is not included in the GNP per se. The money raised for capital purposes generally is not included in the GNP. The cost of out-patient bad debt and in-patient bad debt is virtually non-existent in Canada, so you either plus or minus that. At the end of the day we look at the utilization in Canada in terms of patient days per population,. and we use twice as many patient days per population. When that is all factored in, the bottom line is that our GNP is 16%, in reality, compared to 11% or 12% in the United States.

• 1800

I think we have a long way to go in management. I think management generally, and I will speak for myself, in terms of care, has always been one of crisis management. There is very little time left at the end of the day for planning forward and planning from a technical and strategic point of view. The reason is that there are so many different mixes in the decision-making process.

I was asked to write down one day the body of information required to run an institution of 800 beds. At the end of 24 hours I had covered roughly 400 or 500 different major subjects, ranging from GST to AIDs to DNR. So there was very little time in the day to sort of sit back and say, where is our market share today and where will we be headed in the year 1995? There is very little time for planning that.

There are very scarce resources, nursing in particular, and the co-operation between the schools of nursing and the hospitals. I think it was major mistake, in my opinion, to delete the teaching of nurses and other students within the hospital and its co-operation with the college. I say that because there was an allegiance of those nurses to return to those institutions or to be part of the institutions. At the same time they dropped the three-year program down to a two-year program. I think we now have a different type of nurse involved. That is not to say it is good, bad or whatever. But my practical experience is much different.

[*Translation*]

privé. Un billet à ordre proposé sur le marché boursier a été vendu en 15 secondes. Nous avons réuni une somme de 12 millions de dollars financée à 100 p. 100. Les fonds proviennent du secteur privé, de l'industrie alimentaire plus précisément. Nous collaborons beaucoup avec les grandes entreprises et importantes chaînes d'alimentation qui s'intéressent à la nutrition, à la prévention et à la promotion d'un mode de vie sain. Je crois qu'il y a une lueur d'espoir dans le secteur de la prévention, mais les efforts ne sont pas assez appuyés. Je crois qu'il faudra surtout mettre l'accent sur la prévention et l'information des patients si nous voulons réduire nos coûts et les garder en deçà de 30 p. 100 du produit national brut canadien.

A mon avis, on ne peut pas vraiment comparer le PNB américain de 11, 12 ou 13 p. 100 au PNB canadien de 8,6 ou 9 p. 100. Je crois que vous serez étonnés d'apprendre que le calcul du PNB canadien ne tient pas compte de certains éléments.

En effet, le PNB ne tient pas compte des coûts de l'équipement ni de l'intérêt sur l'argent emprunté par le gouvernement fédéral pour financer les provinces qui elles-mêmes financent les hôpitaux. De manière générale, le PNB ne tient pas compte des fonds engagés pour l'achat de matériel. Au Canada, il n'y a pratiquement pas de mauvaises créances dues aux patients en consultation externe ou hospitalisés. Il faut donc rajuster les chiffres à la hausse ou à la baisse. Au Canada, on utilise deux fois plus de journées-patient compte tenu de la population. Si l'on tient compte de tous ces facteurs, notre PNB atteint en réalité 16 p. 100 par comparaison à 11 ou 12 p. 100 aux États-Unis.

En matière de gestion, nous avons beaucoup de chemin à faire. De manière générale, je suis personnellement convaincu que la gestion des soins de santé s'est toujours faite selon le principe de la gestion au coup par coup. À la fin de la journée, il reste très peu de temps pour la planification, pour élaborer un plan technique et stratégique. Cela s'explique par le fait que le processus de prise de décisions doit tenir compte de beaucoup de facteurs différents.

On m'a demandé un jour de réunir toutes les informations qui sont nécessaires pour gérer un établissement de 800 lits. En 24 heures, j'avais établi une liste d'environ 400 ou 500 sujets différents passant de la TPS au sida. Par conséquent, nous disposons de très peu de temps au cours de la journée pour déterminer la nature de notre clientèle et pour planifier nos activités au cours de l'année 1995, par exemple.

Les ressources sont très limitées, en particulier dans le secteur des soins infirmiers et au niveau de la collaboration entre les écoles d'infirmières et infirmiers et les hôpitaux. À mon avis, on a eu tort de supprimer les stages des infirmières et des autres étudiants dans les hôpitaux et les échanges avec les collèges. En effet, je pense qu'il se créait un lien d'affinité qui avait tendance à inciter les infirmières et les infirmiers à revenir aux établissements où ils avaient fait leurs études. Parallèlement, les études ont été réduites de trois à deux ans. À mon avis, le personnel infirmier n'est plus comme avant. Je ne dis pas qu'il est meilleur ou plus mauvais, mais, d'après mon expérience pratique, il a beaucoup changé.

[*Texte*]

Let us look at the aging population—I am jumping around a bit, but I wrote these down in random order. There is a marked change in the last 10 years, in our statistics, regarding the geriatric population, those over 65. There has been an increase of 35% in patients over 65 occupying almost 50% of the beds in the hospital. That will probably climb to 60% and the cost of treatment will go accordingly.

I think a lot of those patients could be prediagnosed; I think they could be involved in home care. I think a number of institutions have embarked on major multi-disciplined home care programs, but not enough. I think we tend to use our institutions far more than most countries in the world.

I think there is a lot administration can do, but at the same time there has to be a co-operation of basic funding should you make major changes. I will give you an example of that. We see about 20,000 in-patients annually. We get a fixed budget of $100 million. If we were to see 10,000 patients, we would still receive the $100 million. If we were to see 15% more or 20%, or go to 30,000 admissions, we would have a huge deficit of roughly $25 million. So the system is not balanced properly. The capitation has caused problems. I think it has created inefficiencies over the last 35 years.

There is a tendency to keep our patients in hospital longer. There is not that incentive to get them out earlier. In fact, the best strategy would be if the hospital administration in Canada were to increase the length of stay from the average of 10 days to 15 days. Your funding would actually go down in terms of its costs per case.

There has been a co-operative venture with several hospitals in the whole area of managing long-term case. I think each hospital will now have to examine its co-operative spirit with the other hospital in the neighbourhood. A number of committees have already been struck in Toronto to share resources, I mean actual program transfers. This is probably the best light I have seen in 20 years of actually making a physical transfer of cash to another institution, because that program will be enhanced and an added value for the same cost. Boy, that was a quantum step for the institutions to saddle up to that one.

Utilization committees: Most boards of directors have not been involved in the utilization of resources they allow the administration and medical staff. I think that boards will have to become more involved in the process of utilization of resources, not after the fact, but before the fact. That will come from, I guess, a better data base and information provided to the various committees within the institution that will allow the board to make policy changes and policy decisions that will be the best for the patients.

[*Traduction*]

Passons maintenant aux personnes âgées. Je saute un peu du coq à l'âne, étant donné que j'ai rédigé mes notes comme elles me venaient à l'esprit. Depuis 10 ans, nos statistiques révèlent un changement important au niveau de la population gériatrique, c'est-à-dire les personnes de plus de 65 ans. On note une augmentation de 35 p. 100 des patients de plus de 65 ans qui occupent près de 50 p. 100 des lits d'hôpitaux. Cette proportion atteindra probablement 60 p. 100 et les coûts d'hospitalisation augmenteront en conséquence.

Je suis convaincu qu'il serait possible d'effectuer un diagnostic préliminaire de ces patients et de les soigner à domicile. Je crois que plusieurs établissements ont lancé de vastes programmes pluridisciplinaires de soins à domicile. Pourtant, ce n'est pas suffisant. Je crois que nos établissements hospitaliers sont beaucoup plus mis à contribution que dans la plupart des autres pays du monde.

Je pense qu'on peut faire beaucoup au niveau administratif, mais un financement de base devrait permettre d'apporter d'importants changements. Je vais vous donner un exemple. Chaque année, nous examinons environ 20,000 malades hospitalisés. Nous avons un budget fixe de 100 millions de dollars. Si notre clientèle était deux fois moindre, notre budget resterait cependant le même. En revanche, si notre clientèle augmentait de 15 ou 20 p. 100, si nous avions 30,000 malades chaque année, nous aurions un énorme déficit d'environ 25 millions de dollars. Le système n'est pas bien équilibré. La rémunération à l'acte a causé des problèmes et nuit à l'efficacité depuis 35 ans.

Nous avons tendance à garder plus longtemps les malades à l'hôpital. Les hôpitaux ne sont pas encouragés à leur donner leur congé plus tôt. De fait, la meilleure stratégie serait, pour les établissements hospitaliers canadiens, de faire passer la durée moyenne du séjour de 10 à 15 jours. Cela permettrait de réduire le coût moyen de chaque hospitalisation.

Plusieurs hôpitaux ont décidé de conjuguer leurs efforts pour gérer les cas d'hospitalisation à long terme. Je crois que désormais les hôpitaux devront collaborer les uns avec les autres. À Toronto, certains hôpitaux ont mis sur pied des comités de partage des ressources qui prévoient de véritables transferts de programmes. C'est probablement le signe le plus prometteur que j'ai pu constater depuis 20 ans, étant donné qu'il s'agit de véritables transferts de fonds d'un établissement à un autre et que les soins sont améliorés alors que les coûts restent les mêmes. Voilà un changement énorme auquel les établissements hospitaliers devront s'habituer.

Les comités d'utilisation: la plupart des conseils d'administration ne se penchent pas sur l'utilisation des ressources accordées à l'administration et au personnel médical. Je pense que les conseils d'administration devront s'intéresser de plus en plus à l'utilisation des ressources, non pas *a posteriori*, mais sous la forme d'études prévisionnelles. Pour que le conseil d'administration puisse apporter des changements aux politiques et prendre des décisions dans le meilleur intérêt des patients, il faudra qu'il puisse disposer de meilleures bases de données et des informations fournies par les divers comités de l'établissement.

[*Text*]

• 1805

Environmental issues: I do not know of one hospital in Canada that has an environmental committee. That environmental committee can in fact range all the way from the internal environment of the hospital to the external pressures whereby patients coming in are a direct result of the environment—their walk of life or whatever—they have been involved with.

I see the ethical considerations into the future being board issues. Part of our bylaws was an ethical bylaw, a structured committee, whereby issues of resource allocation are examined and were examined, and that was a great involvement by two professional ethicists, theologians, medical staff, board members, and administration.

A number of subcommittees of the ethics committees actually dealt with the day-to-day administration, such as are we going to buy an MRI on an ethical issue, or are we going to put $3 million into more out-patient work?

So those decisions were made at the ethics committee and boy! believe me, there were some very difficult ones to be made.

Capital intensity and capital issues: When I look at the aging buildings in Canada, a number of the institutions, as you know, were commenced in the 1890s, our hospital being one of many faced with major capitalization. In a recession, to raise $80 million or $90 million in downtown Toronto will not be an easy task.

The federal government at one time had a health resource fund that was used for new capital. That should be re-examined, because there will be a real requirement for capital into the future. That area is where the private sector, with tax incentives, could actually come in and assist the institutions.

A brilliant move made by the former provincial Treasurer was the introduction of the health tax. I am not saying that is good and I am not saying it is bad, but it was a brilliant move because it is now indexed for the long term to the cost of wage settlements and it is a sleeper. But it has done another thing; it has focused the business individuals on the board to examine their health care dollar now, because they see the cheque. They see the direct impact from payroll to the health care tax.

A number of our board members have made comments to that extent, and did make comments to that extent. Now that we are paying the bill, we want more say in how those resources are allocated. I am not saying that is good or bad, because I believe we should be utilizing the private sector's thought, the robustness for new ideas and innovations in health care.

Closed beds: Downtown Toronto saw 4,000 beds closed with very little repercussion from the general public. Those closed beds, again, could be utilized for world beds, world health. With proper involvement of federal governments from one government to another, there is an absolute source of revenue for Canadian hospitals that would not otherwise be used.

[*Translation*]

Les problèmes de l'environnement: Je ne connais, au Canada, aucun hôpital qui est doté d'un comité de l'environnement. Un tel comité pourrait s'intéresser en fait à toutes sortes de facteurs allant de l'environnement interne de l'hôpital aux facteurs externes qui ont une influence directe sur les patients admis à l'hôpital: leur origine sociale ainsi que les autres éléments qui ont eu une incidence sur leur santé.

À l'avenir, je pense que le conseil d'administration devra se pencher sur les questions d'éthique. Une partie de nos règlements porte en fait sur les questions d'éthique qui sont examinées par un comité composé de deux spécialistes de l'éthique professionnelle, de théologiens, de médecins, d'administrateurs et de membres du personnel administratif. Ce comité se penche sur les questions d'utilisation de ressources.

Un certain nombre de sous-comités examinent les questions administratives courantes et sont amenés, par exemple, à faire un choix entre l'achat d'un appareil IRM et l'investissement de 3 millions de dollars pour améliorer les services de consultation externe.

Le comité de l'éthique est donc amené à prendre de telles décisions et, je vous prie de croire, certaines ne sont pas faciles.

Le degré d'investissement dans l'équipement: Au Canada, les hôpitaux sont vieux, certains datant des années 1890. Notre établissement est un des nombreux hôpitaux qui devront bientôt faire d'importantes dépenses d'équipement. En période de récession, il ne sera pas facile de trouver 80 ou 90 millions de dollars à Toronto.

Il fut un temps où le gouvernement disposait d'un fonds servant à la construction de nouveaux établissements de santé. Voilà quelque chose qui mérite d'être réexaminé, car il y aura, à l'avenir, un besoin réel en matière d'équipement. On pourrait faire appel au secteur privé et mettre en place des incitatifs fiscaux pour venir en aide aux établissements hospitaliers.

L'ancien trésorier provincial a eu l'idée géniale de créer l'impôt santé. Sans me prononcer pour ou contre, je trouve l'idée géniale, puisque l'impôt santé est désormais indexé à long terme sur la masse salariale et qu'il est là pour rester. Mais il a également un autre avantage; il a amené les administrateurs des hôpitaux à suivre de plus près l'utilisation qui est faite des ressources financières. En effet, il y a désormais un rapport direct entre l'impôt santé et la masse salariale.

Un certain nombre de nos administrateurs ont réagi dans ce sens. Ils veulent avoir un plus grand contrôle sur l'utilisation des ressources, puisque ce sont eux qui les fournissent. Je ne veux pas porter de jugement, parce que je crois que nous devrions utiliser, dans le milieu de la santé, les idées, le dynamisme et le potentiel d'innovation du secteur privé.

Suppression de lits: Quatre mille lits d'hôpital ont été supprimés dans le centre-ville de Toronto, sans conséquences graves pour le public. Cependant, ces lits auraient pu être utilisés pour soigner des malades de l'étranger. Moyennant une participation appropriée des gouvernements fédéraux successifs, cela pourrait représenter, pour les hôpitaux canadiens, une source de revenus certaine qui serait sinon perdue.

[*Texte*]

Medical research, and particularly administrative research, is very limited in Canada, and administration in terms of utilization should in fact be looked at from the point of view of funding better administration and its research in this towards clinical health care.

Never in the last 20 years was I involved in clinical decisions as I have been in the last 5 years. Most administrators were involved in the crisis management, as I mentioned earlier, but also involved in historical review of data.

No longer are administrators involved in that. They are now making some real clinical decisions, along with clinicians, to take on a new role—become a new entity or whatever. So there is some hope into the future.

• 1810

In light of the time, I will just cover some of the solutions that I dwelt on earlier and just re-emphasize them.

Greater research and development for both clinical and administration, particularly the evaluation of new modalities and new technologies.

In the past, hospital administration was always surprised that, oh, you have a new widget in the operating room; oh, it is only on trial. All of a sudden it then becomes a real cost to the institution. I think that is pretty well stopped. When I say stopped, it is sadly, because I think that was one way that new technologies were introduced through the back door more or less. But at the same time, I think given the change of directions, perhaps better research on the use of those technologies could be made earlier than later. I have seen evidence of that in the last 20 years.

Greater public awareness and involvement in decision-making regarding the treatment, regarding the technologies, regarding the institutions. We rely on a public board; we rely on those individuals who volunteer. But very often do we have patient advocates on those boards. They hope that at one time or another they are related to or are a patient and may not wish to visit an institution. The boards themselves have had a different type of focus. I think we need more patient involvement in the type of treatments and the technologies, albeit on a consultative basis.

I think there has to be a greater co-ordination between public and private sector thought. I have dwelt on that. I think there should also be a greater emphasis on out-patient ambulatory care and day care surgery. I think there is a good opportunity for hospitals to reduce their in-patient cost and move those dollars into the out-patient.

We did a study of our admissions for a period of one year. We identified 35 procedures that are not done in U.S. hospitals, and the cost around those would probably be in the neighbourhood of 10% of the operating budget. If done on an

[*Traduction*]

La recherche médicale et en particulier la recherche administrative est très limitée au Canada et il faudrait de fait se pencher sur les procédures administratives afin de les améliorer et d'augmenter la recherche dans ce domaine afin d'offrir de meilleurs services cliniques.

Au cours des cinq dernières années, j'ai participé à la prise de plus de décisions cliniques que je ne l'avais fait en 20 ans. Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, la plupart des administrateurs faisaient de la gestion au coup par coup et des analyses rétrospectives des données.

De nos jours, les choses ont beaucoup changé. Les administrateurs collaborent vraiment avec les cliniciens pour prendre des décisions. Ils ont désormais un rôle nouveau. Il y a une certaine lueur d'espoir pour l'avenir.

Afin de gagner du temps, je vais me contenter de mentionner et souligner à nouveau certaines des solutions dont j'ai déjà parlé.

Accroissement de la recherche et du développement, tant dans le domaine clinique que dans le domaine administratif et, en particulier, évaluation des nouvelles modalités et technologies.

Autrefois, le personnel d'administration des hôpitaux s'inquiétait toujours des nouveaux appareils qui entraient dans la salle d'opération. Ils espéraient toujours que ces appareils n'étaient qu'à l'essai et que l'établissement n'aurait pas vraiment à les acheter. Je pense que tout cela a vraiment changé et je le dis avec une pointe de tristesse, car je pense que c'était une bonne façon d'utiliser, pour ainsi dire, la porte arrière, pour faire entrer les nouvelles technologies à l'hôpital. Parallèlement, étant donné les changements d'orientation, je pense que l'on pourra peut-être entamer le plus tôt possible de meilleures recherches sur l'utilisation de ces technologies. J'en ai eu la preuve depuis 20 ans.

Une plus grande prise de conscience et participation du public au niveau de la prise de décisions concernant le traitement, les technologies et les établissements. Nous relevons d'un conseil d'administration public et nous sommes tributaires de volontaires. Mais, très souvent, des défenseurs des malades siègent aux conseils d'administration. Ces gens-là, s'ils sont malades ou si un membre de leur famille est malade, ne choisiront pas nécessairement l'hospitalisation. Ils ont une optique différente de celle des conseils d'administration. Je crois que nous devons encourager la participation des patients, sur une base consultative, aux décisions qui concernent les traitements et les technologies.

Il faut encourager une meilleure coordination entre la philosophie du secteur public et celle du secteur privé. J'en ai déjà parlé. Je pense qu'il faudrait également encourager le traitement ambulatoire et la chirurgie d'un jour. Je crois que les hôpitaux devraient chercher à réduire leurs coûts d'hospitalisation et à consacrer les fonds ainsi économisés aux patients en consultation externe.

Nous avons étudié les admissions sur une période d'un an. Nous avons identifié 35 traitements qui ne sont pas offerts dans les hôpitaux américains et dont le coût s'élève probablement à environ 10 p. 100 du budget d'exploitation.

[*Text*]

out-patient basis it could be one-third of that cost. Again, it gets back to what I said earlier and how the system is funded. I believe there has to be major changes made on the global funding basis.

I think it has to be a program basis and a very specific patient-disease basis. It may even be that the federal government would allocate resources based on disease classification systems. It is one of the focuses that I have been working on with GAO in Washington. It is based on the diagnostic-related groupings and how policy could be shifted from one disease to another.

Part of that scares me a bit. At the same time I think there are some good economies of scale by having those hospitals that do a procedure well, do it extremely well and should be funded accordingly, based on volume through-put.

Development of life centres: I am involved in a small project in Phoenix, Arizona. That is on an insured basis, whereby you would take out an insurance policy that would provide coverage in the event that you require a lifestyle change, such as smoking censation, such as use of drugs and substance abuses.

That has met with great success from a number of major insurance companies that feel that the underwriting of this would not only change the health, but would also prolong the individual's life and their lifestyle to some degree. This life centre would be one of concentration, would also even afford a holiday, if you wish, from your busy day.

The creation of a marketplace: We have not even started looking at the potential world-wide of exporting the Canadian health care around the world. There is a tremendous need in the world for the scholarship, the research and the absolute treatment of patients, both in Canada and in North America.

Centres of excellence: While we have a number of them in Canada, I think they are being threatened because there is a concentration of specialties, which is fine. You need it for teaching, you need it for research. But I think there has to be some community involvement in those programs. Can they be transferred to the community? I think there has to be some physical changes to those structures out in the community. Can they be transferred to the community? I think there have to be some physical changes to those structures in the community.

• 1815

Right now there is tremendous patient dumping from community-based hospitals to those centres of excellence. There is a danger that those centres will not be able to continue into the future if there is not some acknowledgement and resource allocation. Hospitals in downtown Toronto and, I suspect, downtown Vancouver, my colleagues tell me, are having the same problems of patient dumping to those centres of excellence, because there is a

[*Translation*]

Ce traitement coûterait trois fois moins cher s'il était offert en consultation externe. On en revient à ce que j'ai dit tout à l'heure et au mode de financement du système. Je suis convaincu qu'il faut changer radicalement les modalités de financement global.

À mon avis, le financement doit se faire sur la base d'un programme et sur la base très précise des patients et des maladies traités. Le gouvernement fédéral pourrait même calculer sa contribution financière à partir de tables de classement des maladies. C'est une des formules que je suis en train d'examiner avec le GAO de Washington. Elles se fondent sur le regroupement des maladies en fonction de leur diagnostic et permet de modifier la spécialisation d'un hôpital d'une maladie à une autre.

Certains aspects de cette formule me font un peu peur. En revanche, je crois que l'on pourrait réaliser de bonnes économies d'échelle en demandant à certains hôpitaux d'exceller dans le traitement de certaines maladies et de leur accorder un financement en conséquence fondé sur le volume de cas traités.

Création de centres de vie: je participe à un petit projet basé à Phoenix, en Arizona. Ce projet propose d'assurer les personnes qui le désirent afin qu'elles puissent être prises en charge si elles doivent modifier leur comportement, en cessant par exemple de fumer ou de consommer des drogues et des substances toxiques.

Le projet a été très bien accueilli par un certain nombre de grandes compagnies d'assurance qui estiment qu'une telle formule permettrait non seulement d'améliorer la santé de la population, mais de prolonger l'existence des personnes assurées et de leur permettre de conserver leur mode de vie. Ce centre de vie offrirait des traitements concentrés et permettrait même à ses patients de prendre des vacances pour se reposer de leurs activités quotidiennes.

La création d'un marché: Nous n'avons pas encore étudié le potentiel d'exportation des compétences médicales canadiennes à travers le monde. Les bourses, la recherche et le traitement des patients étrangers au Canada et en Amérique du Nord sont des besoins cruciaux dans de nombreux pays du monde.

Les centres d'excellence: Nous en avons quelques-uns au Canada, mais je pense que la concentration des spécialités les menace. Ils sont utiles pour l'enseignement et pour la recherche, mais je pense que ces programmes doivent faire place à une certaine participation communautaire. Peut-on les transférer dans le secteur communautaire? Je pense qu'il faudrait apporter certaines modifications physiques à ces structures communautaires. Peut-on les transférer au niveau communautaire? Je pense qu'il faudrait apporter certaines modifications physiques aux structures communautaires.

Actuellement, les hôpitaux communautaires pratiquent une sorte de dumping des malades dans les centres d'excellence. Si l'on ne prend pas acte de cet état de chose et si l'on ne modifie pas la répartition des ressources, les centres d'excellence risquent d'être paralysés. Les hôpitaux du centre-ville de Toronto pratiquent le même type de dumping vers les centres d'excellence, étant donné que ceux-ci offrent une concentration des spécialités. Cela ne signifie

[*Texte*]

concentration of effort. It is not to say that it may be any better than the community-based program, but there is a concentration of these specialties.

We have a long way to go in the development of standards of care. Very little work has been done in the area of standards of care. What is the standard? What is involved in length of stay? What is involved in the actual administration of that patient's day stay, the involvement of the nurses in the multi-disciplined team of what constitutes a standard for a disease? Work has started, but it has been very slow. I think the committee in Ontario has taken two years to define standards of treatment of cholesterol and levels of cholesterol. I think it is going to take far longer than one will surmise, but I think an attempt should be made at it.

In the development of a long-term data base to collect data on both in-patient and out-patient, I think the continued use of the HMORI data will prove very beneficial.

Finally, I think it is the evaluation of the programs, the evaluation of where health care is really going to go and what are the measured outcomes. When we look at the individual process of a patient... I sort of want to simplify it to three stages: the input process; the actual process of the individual; and the output or the discharged patient. All that is controlled by physicians, and rightfully so, but there is no accountability of the economics of all of that. For those three processes that control a patient from beginning to end, there is no financial accountability. Should there be? I believe the time has come where physician involvement in the daily administration, the daily financing and some of the decisions that are made from an economic point of view would have to involve the physicians and a multi-disciplined team.

The fiscal advisory committee and the act that required each hospital to set up a fiscal advisory committee probably did not go far enough. While nurses were named, I think there are many more individuals within institutions of equal time/equal value in terms of contribution and having a multi-disciplined team. We have actually started that at St. Michael's Hospital. We now involve residents, interns, dietitians, lab technologists and other physicians in looking at and examining our cases as we admit patients. So there is some hope.

The final conclusion is that the 20 years has been exciting. It has gone extremely fast. I am now into a new endeavour of exporting some of this expertise around the world. I see a tremendous marketplace for that. I think we have some very interesting times ahead of us. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Lavoie. You have certainly touched on a wide range of topics that the committee has an interest in, and I am sure we will want to pursue some of those areas.

Mr. Halliday: I want to thank Mr. Lavoie for coming today. It is stimulating to hear so many ideas in areas that need to be addressed and attacked in order to improve our health care system. I guess I could not help but be intrigued

[*Traduction*]

pas nécessairement qu'ils offrent de meilleurs soins. Mes collègues affirment que la situation est la même à Vancouver.

Nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir dans la mise au point des normes de soins, car on a très peu avancé dans ce domaine. Quelle est la norme? En quoi consiste le séjour à l'hôpital? Comment se déroule l'administration du séjour du malade, quelle est la participation des infirmières à l'équipe pluridisciplinaire? Comment définir la norme d'une maladie? Les travaux ont commencé, mais ils sont très lents. Je crois qu'il a fallu deux ans au comité ontarien pour définir les normes de traitement du cholestérol et des taux de cholestérol. Je pense qu'il faudra beaucoup plus de temps que prévu, mais qu'il faudrait tout au moins essayer.

Je pense que l'on devrait continuer d'utiliser les données HMORI qui s'avéreront très utiles pour la création d'une base de données à long terme sur les patients hospitalisés et les patients en consultation externe.

Enfin, il y a l'évaluation des programmes, le choix des orientations qu'il faut donner aux services de santé et la définition des résultats mesurés. Prenons le traitement d'un malade... Pour simplifier, je le réduis à trois étapes. L'admission elle-même; le traitement du malade; et le congé du malade. Ces différentes étapes sont, fort justement, supervisées par les médecins, mais le coût de ces opérations n'est absolument pas contrôlé. Aucun contrôle financier ne s'applique à ces trois étapes du séjour des malades à l'hôpital. Faudrait-il exercer un contrôle financier? Je pense que le temps est venu pour les médecins de participer à la gestion quotidienne de l'administration et des finances et de prendre part, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, aux décisions d'ordre économique.

Les comités consultatifs des finances et la loi qui a exigé leur création dans tous les hôpitaux ne sont probablement pas allés assez loin. Bien sûr, il y a des infirmières qui siègent aux comités consultatifs, mais je pense qu'il y a, dans les établissements, beaucoup d'autres personnes dont la participation à des équipes pluridisciplinaires serait tout aussi utile. Nous avons d'ailleurs adopté une telle formule à l'Hôpital St. Michael. Nous faisons désormais participer les patients, les internes, les diététiciens, les techniciens de laboratoire et d'autres médecins à l'examen des dossiers d'admission des patients. Par conséquent, il y a de l'espoir.

En conclusion, je peux dire que les 20 dernières années ont été très intéressantes et ont passé extrêmement vite. Je m'intéresse actuellement à l'exportation de certaines de ces compétences dans d'autres pays du monde. À mon avis, il existe un marché énorme pour ce genre de compétences. Je pense que l'avenir sera très intéressant. Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Lavoie. Vous avez évoqué de nombreux sujets qui intéressent le comité et je suis certain que nous aurons des questions à vous poser.

M. Halliday: Je remercie M. Lavoie d'être venu témoigner aujourd'hui. On ne peut s'empêcher d'être stimulé par tant d'idées nouvelles sur lesquelles il faut se pencher pour améliorer notre régime de soins de santé. J'avoue que

[*Text*]

by the reference Mr. Lavoie made to a teaching centre in London, where he was able to sell his expertise around the world. Could you elaborate a little on that? I think I know who you are referring to by way of a neurosurgical area. Were we in jeopardy of losing that surgeon?

Mr. Lavoie: Yes. It was quite apparent that this individual with world acclaim was the leading surgeon—we have a number of them in Canada—who developed the technique of clipping aneurysms in the brain. That expertise became world known. That actually started not at University Hospital but at another London hospital, where these patients were coming in from outside of Canada, not just North America, but world-wide, for this very unique procedure. This individual physician developed a real expertise.

• 1820

In 1972, when I joined University Hospital, it became quite apparent that, first, the cost associated with this was very expensive. Second, it was being highly subsidized by the Canadian health care system inasmuch as this notion of a per diem rate was being charged for any procedure and the way the per diem rate was established was the hospital's gross operating cost divided by the number of patient days, to come up a very easy, quick calculation.

That was then reduced—and this was universal right across Canada—to the equivalent of what could be afforded at the indigent level. We have a number of indigents in Canada who still fall through the cracks. What they could afford to pay was usually about one-third of the per diem rate. Therefore, these patients coming in, at that time world-wide, were paying something like $90, all inclusive, per day for this very expensive procedure. When we finally costed it out—and that was where my involvement became quite predominant in the United States in a number of institutions of actually costing out that procedure using their techniques and our costing base—it was $1,200 a day, from $90 to $1,200; $1,200 was the real cost.

We approached the provincial government and said that the physician needed the critical mass of world patients to continue his practice and, secondly, that we were in jeopardy of losing him to a New York hospital. His salary would go from $200,000 to $1 million overnight. The way we could sustain this would be to charge what the U.S. or what the rest of the world would charge for this procedure. So we adopted that costing technique, and therefore we ended up charging $1,200, but with the caveat that the provincial government would not take those dollars away.

That started $1 million, $2 million, $3 million. At the end of my stay there, in 1986, we were generating $30 million beyond provincial governments, which reduced the amount of cost to the province from 92% to 69%. That was

[*Translation*]

M. Lavoie m'a intrigué lorsqu'il a mentionné le centre d'enseignement de London qui lui a permis de transmettre ses compétences techniques dans le monde entier. Pouvez-vous nous donner d'autres détails à ce sujet? Je pense que je connais le neuro-chirurgien auquel vous avez fait allusion. Avons-nous failli perdre ce chirurgien?

M. Lavoie: En effet. Ce chirurgien de réputation mondiale—nous en avons quelques-uns au Canada—avait mis au point une technique d'ablation des anévrismes du cerveau. Ce chirurgien était connu dans le monde entier. Cela ne se passait pas vraiment au University Hospital mais dans un autre hôpital de London qui accueillait des patients de l'étranger, pas simplement de l'Amérique du Nord, mais du monde entier qui venaient subir cette opération très spécialisée. Ce médecin avait perfectionné une technique tout à fait particulière.

Lorsque je suis arrivé au University Hospital, en 1972, on s'est aperçu, d'abord, que cette intervention chirurgicale était extrêmement onéreuse. Deuxièmement, elle était hautement subventionnée par le régime canadien d'assurance-santé, puisque le tarif quotidien facturé pour une opération était calculé en divisant le coût total brut d'exploitation de l'hôpital par le nombre de jours-patients. Le calcul était vite fait.

Par la suite, le tarif a été réduit, de manière universelle dans toutes les régions du Canada et ramené à ce qu'un indigent pouvait payer. Il y a encore des indigents au Canada. Or, ces personnes nécessiteuses pouvaient généralement se payer un tiers du forfait quotidien. C'est pourquoi les malades qui venaient du monde entier pour se faire soigner à l'hôpital payaient 90$ par jour, tout compris, pour cette opération extrêmement coûteuse. Lorsque nous avons finalement établi le coût de cette intervention—c'est à ce moment-là d'ailleurs que je me suis rendu dans un certain nombre d'établissements américains pour utiliser leurs techniques d'établissement des coûts à partir des chiffres dont nous disposions—nous nous sommes aperçu que cela nous coûtait 1,200$ par jour plutôt que 90$.

Nous avons communiqué avec le gouvernement provincial pour lui faire savoir que le chirurgien avait disposé d'un nombre suffisant de patients en provenance du monde entier pour continuer à exercer. Nous l'avons également averti que ce médecin risquait de nous quitter pour aller s'installer dans un hôpital de New York où son salaire passerait immédiatement de 200,000$ à un million de dollars. La seule manière de répliquer consistait pour nous à facturer ce que les États-Unis et les autres pays factureraient pour une opération de ce type. Aussi, nous avons adopté cette technique d'établissement des coûts et nous avons fixé le tarif à 1,200$, en précisant bien au gouvernement provincial que l'hôpital conserverait cet argent.

C'est ainsi que nous avons accumulé un million de dollars, deux millions de dollars puis trois millions de dollars. Au moment de mon départ, en 1986, l'hôpital avait des revenus de 30 millions de dollars en plus des fonds que lui

[*Texte*]

the utilization of closed beds. At the same time as 10% of those beds were used for these patients, the other 90% of these closed beds, which were open, were used for OHIP patients. So those dollars went from the U.S. to University Hospital and treated more in-patients in the institution. That was one of many.

In transplants the same thing occurred, whereby the requirement of transplant and organ retrieval required massive organs from North America. Well, they were purchased at very great cost, and again the same process was involved in the specialties of that institution. So not only did they sustain their current practice, but they promoted research. Those dollars were there. Secondly, they developed a better expertise, because they were concentrating on those efforts. Thirdly, it was very economical for the institution to use that variable revenue to offset the cost plus.

That caught on right across Canada, and a lot of institutions took that per diem rate and simply doubled it. But they had some difficulty in getting the dollars from various insurance companies, because the insurance companies from North America required a detailed breakdown.

There had to be some modification of the accounting system to account for that, but generally I would say that this one technique has generated about $100 million in Canada as a direct result of the work that was done in London. That has started in a number of institutions that are on the border, and some the other way, because the treatment is not available in Canada. You probably did not realize it, but we spent $100 U.S. million in Florida; that is from one province. I suspect that it is about $500 million, mainly for treatment of cardiovascular diseases.

Again, by involving a co-operation with insurance companies in the United States and hospitals, those patients could actually be returned to Canada at a much reduced cost and save the province and the country a lot of money. I have been working on a number of proposals involving OHIP that would involve bringing those patients back sooner rather than later. Believe it, the cost will continue to escalate as more and more people vacation in California, in Phoenix, and in Florida particularly. Probably you are going to see that triple by the year 2013, so I think there is another opportunity to bring those dollars back into Canada.

• 1825

Mr. Halliday: My other question concerns funding, and sources of new funding, such as Mr. Lavoie referred to. Within the last month I was in London, too. It came to my attention that some very highly technical investigations are

[*Traduction*]

versait le gouvernement provincial. La proportion des coûts du fonctionnement de l'hôpital assumée par la province était passée de 92 p. 100 à 69 p. 100. Voilà une façon de rentabiliser l'utilisation des lits d'hôpitaux. En effet, les patients étrangers occupaient 10 p. 100 des lits et permettaient de consacrer 90 p. 100 des lits aux patients du RAMO. Par conséquent, la University Hospital était en mesure d'accueillir plus de patients grâce aux recettes provenant de sa clientèle américaine. C'est un exemple parmi tant d'autres.

La même chose s'est produite dans le domaine des transplantations. Cette opération et l'acquisition d'organes étaient très onéreuses en Amérique du Nord. L'hôpital a tiré parti de sa spécialisation, ce qui a permis de continuer à effectuer des transplantations et d'encourager la recherche, étant donné qu'il avait les fonds nécessaires. Deuxièmement, en concentrant ses efforts dans le domaine de la transplantation, l'hôpital a amélioré ses compétences techniques. Troisièmement, il était extrêmement rentable pour l'hôpital d'utiliser ses recettes variables pour compenser ses excédents de coûts.

Le modèle s'est répandu à travers le Canada et beaucoup d'hôpitaux ont tout simplement doublé le forfait journalier. Ils ont eu cependant de la difficulté à se faire rembourser par certaines compagnies d'assurance en Amérique du Nord, car celles-ci exigeaient un état détaillé des coûts.

Il a fallu modifier le système comptable pour répondre à cette exigence, mais, de manière générale, je peux dire que la technique mise au point à London a directement produit environ 100 millions de dollars en recettes supplémentaires au Canada. Le phénomène s'est répandu dans plusieurs hôpitaux proches de la frontière, ainsi que dans des hôpitaux américains lorsqu'il s'agit d'un traitement qui n'est pas disponible au Canada. Vous ignorez peut-être que la province de l'Ontario a payé, à elle seule, des factures d'hospitalisation de l'ordre de 100 millions de dollars américains en Floride. Je pense que le traitement des maladies cardio-vasculaires principalement nous coûte environ 500 millions de dollars.

La collaboration des compagnies d'assurance et des hôpitaux américains devrait permettre le rapatriement des malades canadiens. Leur traitement au Canada serait bien moins coûteux et permettrait à la province et au pays d'économiser beaucoup d'argent. J'ai travaillé avec le RAMO à plusieurs projets de rapatriement de patients avant leur hospitalisation. Mais, vous savez, les coûts continueront d'augmenter si les gens sont de plus en plus nombreux à aller passer leurs vacances à Californie, à Phoenix et surtout en Floride. Cela va certainement tripler d'ici l'an 2013, si bien qu'à mon avis il existe une autre possibilité de ramener ces dollars au Canada.

M. Halliday: Mon autre question porte sur le financement, et les nouvelles sources de financement, dont M. Lavoie a fait mention. Le mois dernier, j'étais également à London. J'y ai appris que des investigations hautement

[*Text*]

done there five days a week, but they are also done in Toronto seven days a week. If you know the right people you can be referred to Toronto and have it done there and then. That leads to immediate surgery if certain findings are determined.

It raises a principle. Some people are able to get that kind of referral and others are not able to. It seems to me anybody who is able to get that kind of referral should be expected to pay something for it. That should be his choice. Either you wait in London over the weekend and take the risk of having something more serious develop, because they will not do the investigation over the weekend, or you get sent to Toronto if you know the right people, have your immediate surgery, and maybe have your life saved. It seems to me that there is a choice there. Maybe we should consider that principle. We are all entitled to a certain standard of care, but if you want to go above that standard and go to Toronto, maybe you ought to pay something. That would bring more dollars into the system, of course.

Mr. Lavoie: It would, but that then raises the whole question of user fees, and perhaps a reduction in provincial funding. I did not want to raise this question. I think user fees are to some degree a deterrent. However, at the same time, at the right level they could provide an ongoing source of funding for the province as well as for the institution.

I know there is not wide acceptance by governments on that point, but I think the announcement we made in 1974 under the Taylor Commission was to have an insurance deductible. As we are quite responsible in paying our $100 when we have an auto accident, there should be no reason why that—

Mrs. Clancy: If you can afford the car.

Mr. Lavoie: If you can afford the car—99% chance of that. At the same time, those who cannot afford it, obviously would not pay. That would eliminate those who are on welfare and so forth, but again that gets into that whole issue of fees and so forth that would otherwise be deducted according to the current act. I think it will have to be re-examined. The Province of Quebec is now examining user fees. Should it be adopted, it will be interesting.

Mr. Halliday: We understand you are doing some work in eastern European countries and elsewhere, and you are familiar with what is going on. I think there are some societies around the world—and our researchers on this committee have identified the fact that there are some societies—I guess Sweden is one, where co-insurance and deductible concepts are now being utilized and put into place. Do you have any comments on how effective that is in reducing costs or bringing more money into the system? How does that effect the quality of health care?

[*Translation*]

techniques y sont réalisées cinq jours par semaine, mais qu'elles sont également effectuées à Toronto sept jours par semaine. Si vous connaissez les personnes influentes, vous pouvez être aiguillé vers Toronto et faire le tout là-bas. Cela peut aboutir à une opération immédiate si l'on arrive à certaines conclusions.

Cela soulève un principe. Certaines personnes peuvent bénéficier de ce type d'aiguillage et d'autres ne le peuvent pas. À mon avis, toute personne qui est capable d'obtenir ce genre d'aiguillage devrait avoir à en payer le prix. Cela serait son choix. Ou bien vous attendez à London jusqu'après la fin de semaine en prenant le risque de voir votre état s'aggraver, parce qu'il n'y a pas d'investigation effectuée pendant le week-end, ou bien on vous envoie à Toronto si vous connaissez des personnes influentes, votre opération est faite immédiatement et vous avez peut-être la vie sauve. Il me semble que cela implique un choix. Il faudra peut-être prendre ce principe en considération. Nous avons tous droit à un certain niveau de soins, mais si l'on veut dépasser cette norme et se rendre à Toronto, il faudrait peut-être en payer le prix. Cela permettrait évidemment de rapporter plus d'argent au régime.

M. Lavoie: C'est exact, mais cela soulèverait alors toute la question des tickets modérateurs et peut-être d'une diminution du financement provincial. Je ne souhaite pas soulever cette question. Je pense que les tickets modérateurs constituent dans une certaine mesure un dissuasif. En même temps, calculés au bon niveau, ils pourraient cependant constituer une source permanente de financement pour la province ainsi que pour l'établissement.

Je sais que les gouvernements ne sont pas tous d'accord sur ce point, mais je pense que l'annonce que nous avons faite en 1974 dans le cadre de la Commission Taylor consistait à avoir une franchise d'assurance. De même que nous assumons une certaine responsabilité en payant notre franchise de 100$ lorsque nous avons un accident d'automobile, il ne devrait pas y avoir de raison pour que. . .

Mme Clancy: Si vous avez les moyens de vous offrir la voiture.

M. Lavoie: Si vous avez les moyens de vous offrir la voiture—c'est certain à 99 p. 100. Par la même occasion, les personnes qui n'ont pas les moyens ne paieraient évidemment pas. Cela éliminerait toutes les personnes qui reçoivent le bien-être social et ainsi de suite, mais cela revient encore une fois à toute la question des honoraires qui seraient autrement déduits en vertu de la législation actuelle. Je crois qu'il faudra réétudier la question. Le Québec est en train d'examiner la question du ticket modérateur. Si cette pratique est adoptée, cela sera intéressant.

M. Halliday: Nous croyons savoir que vous travaillez dans les pays de l'Europe de l'Est et ailleurs et que vous êtes familier avec ce qui s'y passe. Je crois qu'il existe des sociétés dans le monde—et les recherchistes de notre comité ont identifié certaines sociétés—je crois que la Suède en fait partie, où les concepts de coassurance et de franchise sont actuellement utilisés et mis en place. Pouvez-vous faire quelques remarques sur leur efficacité en vue de réduire les coûts ou de rapporter plus d'argent au régime? Quelles sont leurs répercussions sur la qualité des soins de santé?

[*Texte*]

Mr. Lavoie: Sweden particularly has a concern about runaway cost. Even though their lifestyle is perceived to be somewhat high and somewhat much better than that of a lot of the other countries, they are looking at the size of their GNP in the year 2000 and they know they must have some alternative funding coming into the institutions or into the system. Co-insurance and an insurance deductible have been examined. They do not see that there would be a major impact on the majority of the population.

The minority of the population would not have any concern because at a certain tax level they would not have to pay that deductible or the co-insurance. It is monitored quite closely from that point of view. The eastern bloc countries are in a very sad state. One particular country has 300% more beds than we have in Canada and 50% of those beds are being occupied by individuals with tuberculosis. That just blows my mind. That is something that virtually went away 40 years ago in Canada and North America.

Mr. Halliday: Mr. Lavoie has indicated that at the provincial level we are now spending roughly 30% or 35% of dollars on health care, and you predict it may go as high as 50%. How is that going to be funded? Where are those dollars going to come from?

• 1830

Mr. Lavoie: I suspect either through deficit financing or the reduction of other social programs—by zero increase, for example, in education—which would be a mistake—or other programs that currently increase at the rate of 10% or 11% per annum would go to zero.

There are two sources: either raise taxes or incur deficits. So one way or another, I think those tax dollars will have to come to the system.

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday. Dr. Pagtakhan, do you have some of those short, brief, quick, concise questions over there?

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, you gave him ten minutes so perhaps I should get ten minutes as well.

Mr. Halliday: You should get five minutes less than me.

Mr. Pagtakhan: In terms of out of province care that you indicated, you were alluding to people on vacation who develop an emergency. I can see the problem there and the attempt to reduce costs by bringing them back to the country early. How about those who have planned to have the elective treatment south of the border? What is your view on that?

[*Traduction*]

M. Lavoie: La Suède s'inquiète tout particulièrement de la flambée des coûts. Même si l'on considère que leur niveau de vie est assez élevé et nettement meilleur à celui d'un grand nombre d'autres pays, ils étudient leur PNB en prévision de l'an 2000 et ils reconnaissent qu'ils devront trouver d'autres sources de financement pour faire rentrer de l'argent dans les établissements et dans le régime. La Suède a examiné la coassurance et la franchise. Elle n'a pas constaté que ces mesures auraient de grandes répercussions sur la majorité de la population.

La minorité de la population n'aurait pas à s'inquiéter parce qu'elle n'aurait pas à payer cette franchise ou la coassurance au-dessous d'un certain niveau d'imposition. La situation est surveillée de près de ce point de vue. Les pays du bloc de l'Est se trouvent dans une situation très précaire. Un pays en particulier dispose de 300 p. 100 de lits de plus qu'au Canada mais 50 p. 100 de ces lits sont occupés par des personnes atteintes de tuberculose. Cette information m'a coupé le souffle. C'est une maladie qui a pratiquement disparu depuis 40 ans au Canada et en Amérique du Nord.

M. Halliday: M. Lavoie a mentionné qu'au niveau provincial nous dépensons actuellement environ 30 à 35 p. 100 de l'enveloppe budgétaire pour les soins de santé et vous prédisez que cela pourrait atteindre jusqu'à 50 p. 100. Comment allons-nous financer ces dépenses? D'où viendront toutes ces sommes?

M. Lavoie: J'ai le sentiment que cela pourrait se faire par le financement du déficit ou par la diminution d'autres programmes sociaux—par exemple par une augmentation nulle en matière d'éducation—ce qui serait une erreur—ou d'autres programmes dont l'augmentation annuelle atteint actuellement 10 ou 11 p. 100 pourraient retomber à une augmentation nulle.

Il existe deux sources possibles: augmenter les impôts ou encourir des déficits. D'une façon ou d'une autre, il faudra que ces recettes fiscales soient injectées dans le régime.

Le président: Merci, docteur Halliday. Docteur Pagtakhan, avez-vous de votre côté quelques questions courtes, brèves et concises?

M. Pagtakhan: Monsieur le président, vous lui avez accordé dix minutes et je pourrais peut-être obtenir également dix minutes.

M. Halliday: Vous devriez obtenir cinq minutes de moins que moi.

M. Pagtakhan: En ce qui concerne les soins prodigués en dehors de la province que vous avez mentionnés, vous avez fait allusion aux personnes en vacances qui rencontrent une situation d'urgence. Je vois le problème dans ce cas et la tentative visant à réduire les coûts en ramenant ces personnes le plus tôt possible au pays. Qu'en est-il des personnes qui ont choisi de subir le traitement facultatif aux États-Unis? Quel est votre point de vue à ce sujet?

[*Text*]

Mr. Lavoie: I think there are two areas of concern. This is my own personal view. One, I think an emergency develops and therefore is covered by the provincial plan and I will leave it at that. Second, under the current provincial plan, you must receive approval to go to that country for treatment. There is a lot of approval given through the various provincial plans because the resources are just not available.

Let us take B.C. for example—

Mr. Pagtakhan: Is that good or bad for our system?

Mr. Lavoie: If one would look at the export/import side of it, it may be very cost-effective to pay the $40,000 for that transplant because to start up a program in Nova Scotia may take $5 million. So it might be cost-effective. But there is no reason why that type of import/export could not be interprovincial. I think a good example of that goes back to London. Nova Scotia and some of the eastern provinces did not want to get into open heart surgery, did not want to get into neuro-aneurisms, did not want to get into the high-tech procedures, but were quite willing to pay for it on a per diem basis.

I do not know if you are aware of the interprovincial rates that are set and in no way cover the cost, so a hospital accepting a patient from Nova Scotia in Ontario was really disadvantaging the Ontarians. But there was really a willing co-operation to do that.

I think where the breakthrough came was in the area of transplants, because we just said, absolutely no; we cannot afford to do other than province of Ontario patients. If you want to do it, this is the cost.

That was the first one where they agreed to pay the actual cost of the procedure, which was beyond the per diem rate. This notion of per diem rate has probably been one of the most leading factors of misinformation in Canada, because I see it used more and more for studies. You take the hospital's per diem of $400 times 10 days, it equals $4,000. That is the cost of treatment. But that is not true.

I think there are some lower ones but I think a majority of higher ones have a different costing that would be substantially more, and I see a lot of studies based on that misleading information.

Mr. Pagtakhan: With regard to the suggestion of my colleague that if a patient were to choose a treatment elsewhere, so long as he is prepared to add a certain amount of fee, that may seem to be allowable. I think that came from Dr. Halliday, is that right? You seemed to agree with that.

[*Translation*]

M. Lavoie: Il existe à mon avis deux domaines de préoccupation. C'est là mon point de vue strictement personnel. Premièrement, lorsqu'une situation d'urgence surgit, elle est couverte par le régime provincial et je n'en dirai pas plus. Deuxièmement, dans le cadre du régime provincial actuel, vous devez obtenir l'approbation pour vous rendre dans ce pays pour obtenir votre traitement. Les divers régimes provinciaux accordent beaucoup d'approbations car les ressources ne sont tout simplement pas disponibles.

Prenons par exemple la Colombie-Britannique...

M. Pagtakhan: Est-ce que cela est bon ou mauvais pour notre régime?

M. Lavoie: Si l'on regarde la situation des exportations et des importations, il peut s'avérer rentable de débourser les 40,000$ pour une greffe car le lancement d'une programme en Nouvelle-Écosse pourrait coûter 5 millions de dollars. Cela peut donc être rentable. Mais il n'y a aucune raison pour laquelle ce genre de transaction d'importations et d'exportations ne pourrait pas se faire à l'échelle interprovinciale. Pour en donner une bonne illustration, revenons au cas de London. La Nouvelle-Écosse et certaines des provinces de l'Est ne voulaient pas se lancer dans les opérations à coeur ouvert, dans les neuro-anévrismes, dans les interventions à haute technologie, mais étaient tout à fait disposées à payer pour ces interventions sur une base journalière.

Je ne sais pas si vous êtes au courant des barèmes interprovinciaux qui sont fixés et ne couvrent nullement le coût réel, si bien qu'un hôpital qui acceptait un patient de la Nouvelle-Écosse en Ontario désavantageait en réalité les habitants de cette province. Toutefois, cela se faisait dans un réel esprit de collaboration.

A mon avis, la percée a été réalisée dans le domaine des greffes, parce que nous avons refusé catégoriquement; nous ne pouvons nous permettre d'accepter en Ontario des patients venant d'autres provinces. Si vous voulez le faire faire, en voilà le prix.

C'était la première fois que les provinces acceptaient de payer le coût réel de l'intervention qui dépassait nettement le barème journalier. Cette notion du barème journalier a probablement été l'un des principaux facteurs de désinformation au Canada, parce que je constate qu'on l'utilise de plus en plus dans les études. Vous prenez le barème journalier de l'hôpital qui est de 400$ et vous le multipliez par dix jours, ce qui donne 4,000$. C'est le coût du traitement. Mais ce n'est pas vrai du tout.

A mon avis, certains traitements coûtent moins cher mais je crois que la majorité coûteraient nettement plus cher si l'on adoptait un calcul différent des coûts, et je constate que beaucoup d'études sont fondées sur ce renseignement erroné.

M. Pagtakhan: Je reviens à la suggestion de mon collègue voulant que si un patient choisit d'avoir un traitement ailleurs, cela pourrait être autorisé en autant qu'il est disposé à verser un certain montant supplémentaire. Je crois que l'idée est venue du docteur Halliday, est-ce exact? Vous avez semblé d'accord avec cette proposition.

[*Texte*]

My concern with that, of course, is that you will still be using government money because the base cost will still be government money. But the poor will not have the amount to add on and will still continue to wait in line. As an administrator, how do you see the social justice in that situation?

Mr. Lavoie: I would say it is happening now very informally. The patients are not going to Toronto, they are going to Buffalo. They are going to New York.

Mr. Pagtakhan: If I may interrupt you, is this a form of privatization of care?

Mr. Lavoie: Yes, it is.

Mr. Pagtakhan: Dr. Mustard made a very strong point never to privatize care because it will be a terrible mistake for the country. Do you disagree with him?

Mr. Lavoie: I do not disagree with him. I think there has to be a balance between privatization and public sector.

Mr. Pagtakhan: But I cannot see any balance if the poor remain unable to access because. . .but I will not debate with you on that point here.

Mr. Lavoie: I think the balance is that there are a lot of people who can afford to pay beyond the basic treatment.

Mr. Karpoff: Tax them.

Mr. Lavoie: That is what I am saying. It has to be a balance.

Mr. Karpoff: Then tax them.

Mr. Lavoie: That is fine. But I think those dollars will not go into the hospital that has to treat that patient. So there is going to be some injustice, obviously. I guess what I am saying is that when the province deleted the right to charge extra on the physicians who were actually doing a lot of this beyond—we were using those dollars, at least in the teaching setting, for research—those dollars immediately dried up.

• 1835

I think there was an injustice at that point because there was a source where people actually could afford it, paid into the research program, and did it. I did not agree with the ethics of it because I think there was a deemed threat there: if you do not pay into my research fund you might not get the same type of treatment. I think that was the notion there. But patients were willing; they did actually in fact pay.

We noticed a dramatic correlation after that was reduced and taken out of the system. OHIP costs went from 8% on OHIP fees to 15% over night. So one way or another those dollars came back from the public sector as opposed to the private sector. I do not know if there is justice in that as well.

[*Traduction*]

Ce qui me préoccupe évidemment, c'est que l'on aura encore recours aux deniers publics, car les frais de base seront toujours des fonds publics. Mais les gens pauvres n'auront toujours pas l'argent supplémentaire nécessaire et devront continuer à faire la queue. En tant qu'administrateur, quelle est votre vision de la justice sociale dans cette situation?

M. Lavoie: Je répondrai en disant que la situation existe à l'heure actuelle de façon tout à fait officieuse. Les patients ne vont pas à Toronto mais à Buffalo ou à New York.

M. Pagtakhan: Si je peux me permettre de vous interrompre, s'agit-il d'une forme de privatisation des soins?

M. Lavoie: Oui, c'est exact.

M. Pagtakhan: Le docteur Mustard a insisté fortement sur la nécessité de ne pas privatiser les soins car cela constituerait une erreur terrible pour le pays. Êtes-vous en désaccord avec lui?

M. Lavoie: Je ne suis pas en désaccord avec lui. Je crois qu'il faut en arriver à un certain équilibre entre la privatisation et le secteur public.

M. Pagtakhan: Mais je ne vois pas l'ombre d'un équilibre si les pauvres ne sont toujours pas capables d'avoir accès à ces services parce que. . . Mais je n'ai pas l'intention d'ouvrir le débat avec vous sur cette question.

M. Lavoie: A mon avis, l'équilibre existe parce qu'il y a beaucoup de gens qui peuvent se permettre de payer un supplément en plus du traitement de base.

M. Karpoff: Il faut les taxer.

M. Lavoie: C'est ce que je dis. Il faut trouver un équilibre.

M. Karpoff: Alors, il faut les taxer.

M. Lavoie: C'est très bien. Mais je crois que ces sommes ne finiront pas dans les caisses de l'hôpital qui doit traiter ce patient. Il y aura donc de toute évidence une injustice. Ce que je veux dire c'est que lorsque la province a abandonné le droit de surfacturer les médecins qui recouraient en réalité beaucoup à cette pratique—ces sommes étaient utilisées, du moins dans le milieu de l'enseignement, pour la recherche—ces sources se sont immédiatement taries.

A mon avis, je crois que l'on a commis une injustice à ce moment-là parce que c'était une source de fonds provenant de personnes qui pouvaient vraiment se le permettre, qui contribuaient au programme de recherche, et cela se faisait. Je ne suis pas d'accord avec le côté moral de la chose car je pense que l'on jugeait qu'il y avait là une menace: si vous ne contribuez pas à mon fonds de recherche, vous n'obtiendrez peut-être pas le même type de traitement. Je crois que c'était l'idée à ce moment-là. Toutefois, les patients étaient disposés à payer et ils le faisaient en réalité.

Après la suppression de ces rentrées et leur exclusion du régime, nous avons remarqué une forte corrélation. Du jour au lendemain, les frais du régime d'assurance-maladie de l'Ontario sont passés de 8 à 15 p. 100 des honoraires. D'une façon ou d'une autre, ces sommes sont donc revenues du secteur public et non du secteur privé. Je ne suis pas certain que l'on puisse également parler de justice en la matière.

[*Text*]

Mr. Pagtakhan: Has there been any study that has in fact demonstrated conclusively that user fees are a deterrent? I am not aware of any.

Mr. Lavoie: I think there was one—not as a deterrent, but I think there was a study in Saskatchewan that examined the quality of care versus the additional user fee. I do not know what the outcome was on that one, but there was a study. You might want to look into that one.

Mr. Pagtakhan: I think I had that, and I am not convinced at all.

In terms of the re-allocsation of resources given a board, and you have ethicists and non-ethicists involved, obviously when the question is an ethical issue, what is your concept as to who would make the decision in that board when the ethicists may only number one or two out of twelve or twenty? They can be easily overpowered by the majority, and yet it is an ethical issue of life and death. Whose opinion do you think shall prevail?

Mr. Lavoie: The way our ethics committee and our ethicists work at the hospital is one of a consultive role. It is by consensus and it is by a process that all of the individuals who have a vested interest in that ethical issue put forth. A policy is designed and that policy then is related and educated to the practitioners, the nurses, the interns, the residents. And it is the final decision at the (a) the patient-physician level, and if it a real critical, something that has not been encountered before, the clinical ethicist is invovled and is consulted on the ethics of that clinical decision. He or she does not make a decision but is used as a consultive process. The ultimate decision is made by the physician.

Mr. Pagtakhan: Do you envision any changes to the Canada Health Act that the committee may want to hear?

Mr. Lavoie: While we talk about it, and we speak about it in the act, I do not happen to believe it, and that is accessibility. I do not believe that because I think the northern population and those populations that are not close to those centres of excellence virtually do not have the same level of care. I am not saying that university hospitals are better than community hospitals. I think you can debate that for a long time because there are some excellent programs within the community, having worked in a community based program. But the access to the technologies is less in northern parts of Canada by virtue of its vastness, by virtue of its distance from the centre.

I do not know how you correct that, but we talk about it. I think that is one area that will have to be defined. Do we move patients for open heart surgery to Ottawa when the sources are not available in Kingston or in Windsor? Do we

[*Translation*]

M. Pagtakhan: A-t-on réalisé une étude quelconque qui a démontré en fait que les tickets modérateurs ont un effet dissuasif? Je n'en connais pas.

M. Lavoie: Je crois qu'il y en a une—qui n'a pas conclu qu'il s'agissait d'un effet dissuasif, mais je crois qu'une étude a été réalisée en Saskatchewan pour étudier la qualité des soins par rapport aux tickets modérateurs supplémentaires. Je ne sais pas quels résultats en ont découlé, mais une étude a été faite. Vous pourriez peut-être y jeter un coup d'oeil.

M. Pagtakhan: Je crois que j'ai celle-là et je ne suis pas convaincu du tout.

En ce qui concerne la réaffectation des ressources accordées à un conseil d'administration, et il est évident qu'on a en présence des éthiciens et des non-éthiciens parce qu'il s'agit d'une question d'éthique professionnelle, comment concevez-vous la prise de décision au sein de ce conseil lorsque les éthiciens ne représentent qu'un ou deux membres sur un total de 12 ou 20? La majorité peut les dominer facilement et pourtant il s'agit d'une question de vie et de mort sur le plan de l'éthique professionnelle. A votre avis, quelle opinion devrait prévaloir?

M. Lavoie: A l'hôpital, notre comité de déontologie et les travaux de nos éthiciens n'ont qu'un rôle consultatif. Nous décidons par consensus et selon un processus permettant à toutes les personnes ayant un intérêt acquis dans cette question d'éthique professionnelle d'émettre des opinions. Nous élaborons une politique qui est ensuite expliquée et enseignée aux médecins, aux infirmières, aux internes et aux résidents. Et c'est la prise de la décision finale au niveau patient-médecin, et si elle est vraiment délicate, s'il s'agit de quelque chose qui n'a pas encore été rencontré, l'éthicien clinique participe et il est consulté sur l'éthique professionnelle de cette décision clinique. Il ne prend pas de décision mais il participe au processus consultatif. La décision finale est prise par le médecin.

M. Pagtakhan: Prévoyez-vous des modifications qui seront apportées à la Loi canadienne sur la santé qui pourraient intéresser les membres du comité?

M. Lavoie: Pendant que nous en parlons, et nous en parlons dans la loi, je n'arrive pas à le croire, c'est la question de l'accessibilité. Je n'y crois pas parce que je pense que la population septentrionale et les populations qui sont éloignées de ces centres d'excellence ne bénéficient pas en réalité du même niveau de soins. Je ne veux pas dire que les hôpitaux universitaires sont meilleurs que les hôpitaux communautaires. On pourrait avoir un long débat sur cette question car il existe d'excellents programmes communautaires, et je suis bien placé pour le savoir puisque j'ai participé à un programme communautaire. Toutefois, l'accès aux innovations technologiques n'est pas aussi facile dans les régions septentrionales du Canada en raison de leur étendue et de leur éloignement des centres d'excellence.

Je ne sais pas comment on pourrait remédier à cette situation, mais nous en parlons. A mon avis, il demeure un secteur qu'il faudra définir. Pour une opération à coeur ouvert, faut-il transporter les patients à Ottawa lorsque les

[*Texte*]

allow that practice to continue into the United States, as it is happening now from Windsor? Do we allow other provinces to take advantage of one province's expertise? I think the answer to all those will have to be some revision to the Canada Health Act. I think there would be some discussion around the universality of health care. Is it really universal?

We talk about the cost of health care. Can we afford to be all things to all people in every institution? Again that is a question of access to technologies. We, as a population, seem to want to have open heart surgery in every institution where we might require it in every community. I do not think that is feasible. I think we have to do some real defining and redefining of some of the major parts of the act.

• 1840

Mr. Karpoff: You have raised a number of very interesting issues that I think we could debate all evening, some of which I am going to pass over. But there is one issue you touched on, and that is that a great deal of our health care dollars, particularly in hospitals, are going into patients at the end of their lives. I have heard statistics that as much as 80% of our acute care hospital dollars are spent on people who die within six weeks. They are either the elderly at the end of their lives, people who have been critically injured and die, or people with terminal illnesses. Often we seem to be prolonging their lives but in a manner that does not give a quality of life.

I know some of this gets into ethical issues, but from your experience, both as a health care administrator and also now starting to look at it from different perspectives, how do you see us starting to deal with this whole problem? We have an increasingly aging population. We seem to have—normally I do not get personal—the Harold Ballard syndrome, which is a good example of spending a great deal of money on keeping a person alive but not in a qualitative way. How do we deal with that problem? I think that is one of the major issues. We keep premature babies alive for six weeks or three months. Everybody knows the child is going to die, or, if it does not die, it is going to be institutionalized and live for another four or five years and then succumb.

Mr. Lavoie: The most exciting part of my period at St. Michael's Hospital has been dealing with these ethical issues. We address them head on at the hospital, with the help and aid of the ethics committee, with the professional ethicists in consultation.

[*Traduction*]

sources ne sont pas disponibles à Kingston ou à Windsor? Allons-nous continuer à permettre cette pratique aux Etats-Unis, comme cela se passe actuellement pour les patients de Windsor? Allons-nous permettre à d'autres provinces de profiter des compétences d'une province? Pour répondre à toutes ces questions, je crois qu'il faudra réviser en partie la Loi canadienne sur la santé. Il faudra ouvrir le débat à propos de l'universalité des soins de santé. Sont-ils véritablement universels?

Nous abordons le coût des soins de santé. Pouvons-nous nous permettre de tout faire pour tout le monde dans tous les établissements? C'est encore une question d'accès aux technologies nouvelles. En tant que population, il me semble que nous souhaitons pouvoir obtenir une opération à coeur ouvert dans tous les établissements où l'on pourrait en avoir besoin dans chaque collectivité. Je ne pense pas que cela soit faisable. À mon avis, il faudra vraiment définir et redéfinir certaines parties importantes de la Loi.

M. Karpoff: Vous avez soulevé un certain nombre de points très intéressants dont nous pourrions discuter toute la soirée, mais j'en laisserai de côté un certain nombre. Toutefois, vous avez abordé un sujet, à savoir que nous consacrons une grande partie de nos budgets de soins de santé, en particulier dans les hôpitaux, pour des patients qui en sont arrivés à la fin de leur vie. J'ai entendu des statistiques indiquant que nous dépensons jusqu'à 80 p. 100 de nos dollars consacrés aux hôpitaux de soins de courte durée pour des gens qui décèdent dans les six semaines. Il s'agit ou bien de personnes âgées qui sont arrivées à la fin de leur vie, de personnes qui ont été blessées gravement et décèdent ou de gens atteints de maladies en phase terminale. Nous semblons souvent prolonger leur vie, mais d'une façon qui ne se préoccupe pas de la qualité de vie.

Je sais que l'on aborde encore une fois des questions d'éthique professionnelle mais, d'après votre expérience, à titre d'administrateur de soins de santé et de personne qui commence également maintenant à considérer la question dans des perspectives différentes, comment entrevoyez-vous nos tentatives visant à aborder tout ce problème? Nous avons une population de plus en plus âgée. Nous semblons atteints—habituellement je n'aime pas faire d'allusions personnelles—du syndrome d'Harold Ballard, qui constitue un bon exemple de sommes considérables dépensées pour maintenir une personne en vie mais pas de façon qualitative. Comment aborder ce problème? Il s'agit à mon avis d'une des questions principales. Nous maintenons des bébés prématurés en vie pendant six semaines à trois mois. Tout le monde sait que l'enfant va mourir ou que s'il ne meurt pas, il devra demeurer en institution et y vivre pendant quatre ou cinq années avant de mourir.

M. Lavoie: La partie la plus intéressante de mes travaux pendant que j'étais à l'Hôpital St. Michael a été d'aborder ces questions d'éthique professionnelle. À l'hôpital, nous les abordons très directement, avec l'aide du comité de déontologie, et nous consultons les éthiciens professionnels.

[*Text*]

The practice of euthanasia, while not widely accepted, I think, has been accepted in some countries because of what you have just raised. In fact, I recall a major planning session on ethics dealing with some of these strategic areas and some of the issues we raised. One of the statements I made to the committee was that we may not always have the answer, but at least we have tried to address it, and we have examined the quality of life.

A good example of that was the issue that was raised around removing tubal feeding. Tubal feeding will continue to keep this patient alive for an indefinite period, but by this forced feeding we have actually diminished the quality of life of that patient. We have probably made that patient suffer more. Our clinical decision around that was that if in fact it was determined, I think our hospital was prepared to remove the tube. That was a practice that would not be widely accepted initially, as DNR was not accepted. "Do not resuscitate" was not accepted 10 years ago. This was debated at length, and there was a quality issue around it. Now it is widely accepted.

When we have this terminal illness, it does go against the Hippocratic oath and physician involvement, but I think they have to examine that quality of life. I think some of the physicians involved in our palliative care unit have waxed well on this subject and see death and dying every day. They are upholding the dignity of the patient. It is communicated early to the patient. You are not just coming down to this unit to die, but it is the quality of life and it is a decision. You can reverse it at any time. It is your decision, but generally the individuals accept it. I have made this an oath to my wife. I do not want to be maintained on life support should I be hospitalized. I want the plug pulled.

There was a case just recently settled in the Supreme Court in the United States. A patient was kept alive for seven years, a youngster. The first ruling on the case was that they had to keep the patient alive indefinitely, and it looked like they would have to keep this patient alive with tubal feeding for 70 years. Finally, some of her friends came forward and said that if anything happened, she really wanted... The court reversed it and said they could remove it. The tube was removed.

• 1845

Mr. Karpoff: Do you have a question on the estimation of our dollars being spent in those kinds of acute care? People have given figures as high as 80% of our acute care dollars being spent in the last six weeks of people's lives.

[*Translation*]

Même si la pratique de l'euthanasie n'est pas acceptée partout, je crois qu'elle a été acceptée dans certains pays à cause des raisons que vous venez de mentionner. De fait, je me souviens très bien d'une importante réunion de planification sur l'éthique professionnelle qui a abordé certains de ces points stratégiques et certaines des questions que nous avons soulevées. L'une des déclarations que j'ai faites devant le comité c'est que même si nous n'avons pas toujours la réponse, nous avons au moins essayé d'aborder la question et nous avons tenu compte de la qualité de vie.

Une bonne illustration a été la question soulevée à propos de la suppression de l'alimentation par tube. Ce type d'alimentation permettra de maintenir le patient en vie pendant une période indéterminée mais, par cette mesure, nous avons en réalité diminué sa qualité de vie. Nous avons probablement fait souffrir davantage ce patient. Notre décision clinique voulait que si l'on pouvait en réalité prouver ce fait, je pense que notre hôpital était disposé à enlever le tube. Il s'agissait là d'une pratique qui n'allait pas être acceptée partout au départ, tout comme le principe de la non-réanimation n'était pas accepté. Il y a dix ans, le concept «ne pas réanimer» n'était pas accepté. Cette question a fait l'objet de longs débats et la qualité de vie était en jeu. Maintenant il est largement accepté.

Lorsque nous sommes en face d'une maladie en phase terminale, cela va à l'encontre du serment d'Hippocrate et de la participation du médecin, mais je pense qu'il faut examiner la qualité de vie. Je crois que certains de nos médecins qui travaillent dans notre service des soins palliatifs ont bien expliqué la chose et côtoient la mort et des personnes décédées tous les jours. Ils respectent la dignité du patient. Ce concept est communiqué dès le départ au patient. On ne vous transfère pas simplement dans ce service pour y mourir, mais c'est une question de qualité de vie et c'est une décision. Vous pouvez la modifier en tout temps. C'est votre décision, mais les personnes l'acceptent en général. Je l'ai fait jurer à ma femme. Je ne veux pas être maintenu en vie par un système d'assistance cardio-respiratoire si je suis hospitalisé. Je veux que l'on débranche l'appareil.

La Cour suprême des États-Unis vient justement de rendre une décision dans une affaire. Une jeune patiente était maintenue en vie depuis sept ans. Le premier jugement sur cette affaire a indiqué que l'on devait maintenir la patiente indéfiniment en vie et on avait l'impression qu'il faudrait la garder en vie pendant 70 ans en l'alimentant au moyen d'un tube. Finalement, plusieurs de ses camarades se sont présentés et ont mentionné que si quelque chose arrivait, elle voulait vraiment... La Cour a renversé le jugement et a déclaré que l'on pouvait retirer le tube. Le tube a été retiré.

M. Karpoff: Avez-vous une idée des sommes dépensées pour ces types de soins de courte durée? Certaines personnes avancent des chiffres allant jusqu'à 80 p. 100 de nos budgets pour les soins de courte durée que l'on dépense au cours des six dernières semaines de la vie des gens.

[*Texte*]

Mr. Lavoie: Yes. You could say all the support, support, support. Probably 35% of the hospital's operating budget would be directly to the operating room, intensive care laboratory, MRI, and so forth, and last end stages of a patient.

Ms Greene: You mentioned in your presentation that the alternatives to the health care system financing were more taxes or deficit financing. I was recently speaking to Elinor Caplan, who is the MLA for my area, and the former health minister of Ontario of course, and she felt that 20% of the funding in the Ontario health care system was misused. Her objective as health minister was solely to try to get rid of the misuse of funds that is occurring.

Talking about some of the other things you mentioned, such as the evaluation of new technology, the standards of care, is there not enough money there? When we have twice as many days for patient care as comparable treatment in the United States, is there not enough money in the existing health care system, if in fact it were managed, and if in fact governments set standards of care?

Mr. Lavoie: To answer the first part of your question, the estimate of 20% probably is a realistic one, but that requires boards, hospitals, physicians, and nurses to give up something. In order to free up those dollars—I am talking about the actual cash—something will have to go. I think that is a rationalization that every institution in Canada will be faced with: how do you rationalize that? I think of what I said earlier about the institutions on a program basis of sharing. If we do not do eye surgery very well but they do it much better at Toronto Hospital, then as a hospital our responsibility would be to give up that program and take the dollars over to make it more efficient. That is the type of thing that will free up some of those dollars.

But that is a major administrative decision process and consensus-building. I do not think it is a practical one. There has to be one where the co-operation of the governments, along with physicians... We have not involved the physicians at the early stages of the economics of it; they have always been at the end of the economic equation. Have them sit on more committees within the institution, with the province, actually making the decision: we will not fund an MRI at Saint Michael's Hospital; I am sorry, we will not; but we will allow Wellesley to get it, or Ottawa Civic, or some other institution.

That has to be made on a higher level. Some of it will involve anti-political decisions. It would not be political. I do not know how far you would go on that. I agree with your statement.

[*Traduction*]

M. Lavoie: C'est vrai. On peut parler de tous les systèmes d'assistance. Environ 35 p. 100 du budget d'exploitation d'un hôpital est consacré directement à la salle d'opération, au laboratoire de soins intensifs, à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), etc., et aux derniers instants d'un patient.

Mme Greene: Vous avez dit dans votre exposé que les autres possibilités de financement du régime des soins de santé étaient l'augmentation des impôts ou le financement du déficit. J'ai parlé tout récemment à Elinor Caplan, députée provinciale de ma circonscription et ancienne ministre de la Santé de l'Ontario, et elle est d'avis que 20 p. 100 du budget du régime de soins de santé de l'Ontario sont utilisés à mauvais escient. En tant que ministre de la Santé, son seul objectif consistait à essayer de mettre fin à l'usage abusif de ces fonds.

A propos de certains autres points que vous avez soulevés, comme par exemple l'évaluation de la nouvelle technologie, les normes des soins de santé, n'avons-nous pas assez d'argent dans ces domaines? Alors que nous disposons de deux fois plus de jours pour soigner les patients que pour un traitement comparable aux États-Unis, n'y a-t-il pas assez d'argent dans le régime actuel de soins de santé, si l'on s'occupait en fait de leur gestion et si les gouvernements fixaient en fait des normes pour les soins de santé?

M. Lavoie: Pour répondre à la première partie de votre question, l'estimation de 20 p. 100 est probablement réaliste mais elle exige que les conseils d'administration, les hôpitaux, les médecins et les infirmières renoncent à quelque chose. Pour libérer ces sommes—je veux parler de déboursés réels—quelque chose doit disparaître. A mon avis, chaque établissement canadien devra faire face à une rationalisation. Comment rationaliser tout cela? Je reviens à ce que j'ai déjà dit à propos du partage des programmes au sein des établissements. Si la chirurgie oculaire n'est pas très au point chez nous mais que l'hôpital de Toronto obtient de bien meilleurs résultats, il en va de notre responsabilité en tant qu'hôpital de renoncer à ce programme et de transférer les fonds pour améliorer son efficacité. C'est de cette façon que l'on pourra libérer certaines sommes.

Mais il s'agit là d'un important processus décisionnel administratif et d'une recherche de consensus. Je ne crois pas qu'il s'agit d'une solution pratique. Il faudra trouver une solution où la collaboration des gouvernements, avec les médecins... Nous n'avons pas invité les médecins à participer lors des premières étapes de l'étude économique de la situation; ils sont toujours apparus à la fin de l'équation économique. Il faut les faire siéger à un plus grand nombre de comités au sein de l'établissement, avec les représentants provinciaux, pour participer vraiment à la prise de décisions: nous ne subventionnerons pas une imagerie par résonance magnétique (IRM) à l'Hôpital Saint Michael; je suis désolé, nous ne le ferons pas; mais nous l'accorderons à l'Hôpital Wellesley, ou à l'Hôpital Civic d'Ottawa, ou à un autre établissement.

La décision doit être prise à un niveau supérieur. Parfois, la situation comportera des décisions antipolitiques. Ce ne sera pas une décision politique. Je ne sais pas jusqu'où vous voudriez aller sur ce sujet. Je suis d'accord avec ce que vous avez dit.

[*Text*]

The Chairman: Thank you very much, Mr. Lavoie, for your testimony this afternoon. As indicated, you certainly have given a lot of food for thought and some suggestions that I am sure this committee will want to take a closer look at. I sincerely thank you and once again apologize.

Mrs. Clancy: On a point of order, Dr. Pagtakhan and I have discovered that we have a caucus tomorrow morning at 9. I know that we are due to meet at 10 a.m., and I am asking the indulgence of the committee. The House sits at 11 a.m., so some of us would have to leave at 11 a.m. anyway. If we could do the same as we did for our colleagues in the Conservative caucus today...

What do you mean? Do not shake your head at me, John Cole.

Mr. Cole: You are meeting at 9 a.m.?

Mrs. Clancy: We are meeting at 9 a.m., and I know that we are going to have to go to at least 11. There is no way it is going to get decided in under an hour.

Mr. Halliday: We just took an hour today.

Mrs. Clancy: You did?

Mr. Halliday: We just took an hour, yes.

Mrs. Clancy: Whipped into shape, were you?

The Chairman: Just for my information, what is happening now? I have not been out of here since 3 p.m.

Mrs. Clancy: What are we debating over there? Does anybody know?

Mr. Pagtakhan: The Baltic States, apparently.

Mrs. Clancy: Some of us do not think that is such a good idea either, John.

Mr. Pagtakhan: It is a Baltic debate.

• 1850

The Chairman: Is that what is happening now, because they are talking about going to 10 or 11 tonight?

Mrs. Clancy: I should be speaking in that.

The Chairman: I do not know. Is that what is on?

Mrs. Clancy: That is what it says. They have all those bills on banking regulations and stuff.

Mr. Cole: I thought that was what was on. That was supposed to be done on Friday.

Mrs. Clancy: But remember what Joe said in Question Period, that he would have absolutely no problem with an emergency debate on the Baltic. It is one of the few things that we probably all agree on.

Mr. Cole: I do not think you could do that once *Orders of the Day* came down.

[*Translation*]

Le président: Merci beaucoup, monsieur Lavoie, pour votre témoignage de cet après-midi. Tel que mentionné, vous nous avez certainement donné beaucoup de matière à réflexion ainsi que certaines suggestions que les membres du comité voudront examiner de plus près, j'en suis persuadé. Je vous remercie très sincèrement et je vous adresse encore une fois mes excuses.

Mme Clancy: J'invoque le Règlement car le docteur Pagtakhan et moi-même venons de découvrir que nous avons un caucus demain matin à 9 heures. Je sais que nous devons nous réunir à 10 heures et je demande l'indulgence du comité. La Chambre siégera à 11 heures, si bien que certains d'entre nous devront de toute façon partir à 11 heures. Si nous pouvions faire la même chose que ce que nous avons fait pour nos collègues du caucus conservateur aujourd'hui...

Que voulez-vous dire? Arrêtez de hocher la tête, John Cole.

M. Cole: Vous avez une réunion à 9 heures?

Mme Clancy: Nous avons une réunion à 9 heures et je sais qu'elle durera au moins jusqu'à 11 heures. Il est impossible que tout soit terminé en moins d'une heure.

M. Halliday: Il nous a fallu seulement une heure aujourd'hui.

Mme Clancy: C'est vrai?

M. Halliday: Oui, seulement une heure.

Mme Clancy: Votre whip a dû vous donner des consignes, n'est-ce pas?

Le président: Pour mon information personnelle, que se passe-t-il à l'heure actuelle? Je ne suis pas sorti d'ici depuis 15 heures.

Mme Clancy: Sur quoi porte le débat de l'autre côté? Est-ce que quelqu'un est au courant?

M. Pagtakhan: Apparemment, sur la situation dans les États baltes.

Mme Clancy: John, certains d'entre nous ne pensent pas non plus qu'il s'agit là d'une bonne idée.

M. Pagtakhan: C'est un débat sur les États baltes.

Le président: Est-ce que c'est le sujet débattu à l'heure actuelle, parce qu'ils parlent de continuer jusqu'à 22 ou 23 heures?

Mme Clancy: Je devrais prendre la parole.

Le président: Je ne sais pas. Est-ce que c'est le sujet débattu?

Mme Clancy: C'est ce que l'on dit. Il y a tous ces projets de loi sur la réglementation des banques et tout le reste.

M. Cole: Je croyais que c'était de cela que l'on parlait. Cela aurait dû être fait vendredi.

Mme Clancy: Mais rappelez-vous que Joe a mentionné pendant la période de questions qu'il n'y aurait absolument aucun problème à tenir un débat d'urgence sur les États baltes. C'est probablement l'un des rares sujets sur lesquels nous sommes tous d'accord.

M. Cole: Je ne crois pas que l'on peut faire cela une fois que l'ordre du jour a été communiqué.

[*Texte*]

Mrs. Clancy: It would be up to the Speaker's ruling. I do not know, because I left right after Question Period. Was there anybody else there?

Mr. Cole: I was there for a few minutes.

Ms Greene: What can we possibly do tomorrow if we take off the morning, because we are already scheduled to meet until 10 p.m.?

Mrs. Clancy: I am merely asking. We are going to be in caucus.

Ms Greene: At 10?

Mrs. Clancy: At 9, and I am saying 9 to 11.

Ms Greene: This starts at 10.

Mrs. Clancy: Yes, and we will not be through our caucus until 11. At 11, others will have to go to the House. I do not know whether Dr. Pagtakhan can do the same thing, but I will undertake to be here by 11, and I am merely asking for a quid pro quo.

Ms Greene: And skip the lunch at 12.

The Chairman: Are we voting at 11?

Mr. Cole: Nobody knows.

The Chairman: I think we all agree if there is vote we have to go.

Ms Greene: It seems to me that if we are going to meet this schedule then we have to stop the lunch. We will have to go through lunch.

Mrs. Clancy: I have no problem with going through lunch. I just have to go to my caucus from 9 to 11, that is all.

Ms Greene: Well, Mr. Chairman, can we then order sandwiches in?

The Chairman: Certainly.

Mrs. Clancy: Who have we in the morning?

Mr. Cole: Put them on at 11 and finish at 1. Then you start again at 2.

Mrs. Clancy: What if we have a Question Period again tomorrow? In spite of their getting caught in the storm—and I know how you must feel—must they have two hours? Is one hour not sufficient?

Mr. Cole: You cannot bring people forward because you cannot get hold of them to bring them in.

Mrs. Clancy: No, I do not mean that. All I am asking is could we please meet at 11. That is all I am asking.

The Chairman: Then can we try for 11? We will go through lunch hour.

Mr. Cole: We can be finished at 1 o'clock.

The Chairman: I suppose there is a chance we could have a vote in the middle of that.

[*Traduction*]

Mme Clancy: La décision en revient au président. Je ne sais pas parce que je suis partie juste après la période de questions. Est-ce que quelqu'un d'autre y était?

M. Cole: J'y suis resté pendant quelques minutes.

Mme Greene: Que pourrions-nous faire demain si nous supprimons la matinée car il est déjà prévu que nous allons siéger jusqu'à 22 heures?

Mme Clancy: Je demande tout simplement. Nous serons en caucus.

Mme Greene: À 10 heures?

Mme Clancy: À 9 heures, et je crois que cela durera de 9 heures à 11 heures.

Mme Greene: Notre réunion commence à 10 heures.

Mme Clancy: Oui, et notre caucus ne sera pas terminé avant 11 heures. À 11 heures, d'autres personnes devront se rendre à la Chambre. Je ne sais pas si le docteur Pagtakhan pourra faire la même chose, mais je m'efforcerai d'être ici pour 11 heures, et je demande simplement compensation.

Mme Greene: Et nous pourrions sauter le déjeuner à midi.

Le président: Est-ce qu'il y a un vote à 11 heures?

M. Cole: Personne ne le sait.

Le président: Je pense que nous sommes tous d'accord pour y aller s'il y a un vote.

Mme Greene: Il me semble que si nous voulons respecter notre emploi du temps, nous devrons supprimer le déjeuner. Nous devrons continuer à siéger pendant le déjeuner.

Mme Clancy: Je n'ai pas d'objections à poursuivre pendant le déjeuner. Je dois simplement assister à mon caucus de 9 heures à 11 heures, c'est tout.

Mme Greene: Monsieur le président, pourrions-nous allons commander des sandwiches?

Le président: Certainement.

Mme Clancy: Qui doit comparaître dans la matinée?

M. Cole: Convoquez-les à 11 heures et nous terminerons à 13 heures. Nous pourrons reprendre ensuite à 14 heures.

Mme Clancy: Que ferons-nous si nous avons à nouveau une période de questions demain? En dépit du fait qu'ils sont pris dans la tempête—et je sais ce que vous devez ressentir—doivent-ils avoir deux heures? Une heure ne suffit-elle pas?

M. Cole: On ne peut pas avancer la comparution de gens parce que l'on ne peut pas communiquer avec eux pour les prévenir.

Mme Clancy: Non, ce n'est pas ce que je veux dire. Tout ce que je demande c'est si l'on peut siéger à 11 heures. C'est tout ce que je demande.

Le président: Pouvons-nous alors essayer d'être là à 11 heures? Nous continuerons pendant l'heure du déjeuner.

M. Cole: Nous pouvons avoir terminé pour 13 heures.

Le président: Je suppose qu'il existe une possibilité qu'il y ait un vote pendant que nous siégerons.

[*Text*]

Mrs. Clancy: If there is a vote then we could come back right after the vote. I am at your service. I am not going to have a question tomorrow in Question Period. Two days in a row would be most unusual.

The Chairman: Will you get hold of the NDP, because they will not know? Are we agreed to this then, 11 o'clock. Are we all agreed on that?

Mrs. Clancy: If there is a bell, obviously we will have to leave.

Ms Greene: Eleven o'clock or shortly thereafter the vote. We will go through until we are finished.

Mrs. Bertrand: We will probably finish at 12.30.

Ms Greene: What is at 12.30?

Mrs. Bertrand: We might finish at 1.30.

Ms Greene: We might.

Mrs. Bertrand: Why do we not start at 10? We only need three members.

Ms Greene: You have not been here for every witness.

Mr. Cole: May I make a suggestion that at 11 o'clock tomorrow we hear the two witnesses and then ask questions? You pick whoever you want to pick, rather than going around, and it might solve some time. They are speaking as individuals so I assume they have two different approaches to whatever it is they are talking about. Or do I know that?

Committee Researcher: I do not think so. I think that the second person is the research co-ordinator of this program. I think it is the same program.

• 1855

Mrs. Clancy: It is a comparative program. One is in Toronto, one is in Hamilton, and one is in New Haven.

Mr. Cole: May I make the suggestion that at 8 p.m. we hear the two witnesses?

Mrs. Clancy: What if I am overcome with any nasty question that Ray has not thought of?

Mr. Cole: I really do not care how long we go for questions. Let us hear the two witnesses.

Mrs. Clancy: Oh, I see what you mean. Absolutely, let us do that. Terrific.

Mr. Cole: Tomorrow we will meet at 11 a.m.

An hon. member: If we can solve this problem, we can solve the problems of the world.

Mr. Cole: We cannot solve the problem of the House, let alone the world.

The Chairman: The committee is adjourned until 8 p.m.

[*Translation*]

Mme Clancy: S'il y a un vote, alors nous reviendrons juste après la tenue du vote. Je suis à votre service. Je n'interviendrai pas demain pendant la période de questions. Deux jours de suite, ce serait vraiment exceptionnel.

Le président: Pourrez-vous prévenir les membres du NPD parce qu'ils ne seront pas au courant? Sommes-nous donc d'accord pour siéger à 11 heures? Sommes-nous tous d'accord?

Mme Clancy: Si la sonnerie retentit, nous devrons évidemment partir.

Mme Greene: À 11 heures ou tout de suite après le vote. Nous continuerons ensuite jusqu'à ce que nous ayons terminé.

Mme Bertrand: Nous terminerons probablement à 12h30.

Mme Greene: Qu'y a-t-il à 12h30?

Mme Bertrand: Nous pourrions terminer à 13h30.

Mme Greene: C'est possible.

Mme Bertrand: Pourquoi ne pas commencer à 10 heures? Il suffit de la présence de trois députés.

Mme Greene: Vous n'avez pas été présente pour tous les témoins.

M. Cole: Puis-je suggérer que nous entendions les deux témoins demain à 11 heures et que nous posions ensuite nos questions? Vous choisissez qui vous voulez, au lieu de faire un tour de table, et cela pourrait résoudre notre problème d'emploi du temps. Les témoins parleront à titre individuel et je présume donc qu'ils auront deux approches différentes du sujet qu'ils aborderont. Est-ce exact?

Le recherchiste du Comité: Je ne pense pas. Je crois que le deuxième témoin est le coordonnateur à la recherche de ce programme. Je pense qu'il s'agit du même programme.

Mme Clancy: Il s'agit d'un programme comparatif. Il y en a un à Toronto, un à Hamilton et un à New Haven.

M. Cole: Puis-je suggérer que nous entendions les deux témoins à 20 heures?

Mme Clancy: Qu'arriverait-il si je suis paralysé par une question désagréable à laquelle Ray n'a pas pensé?

M. Cole: Je me moque pas mal du temps que nous consacrerons aux questions. Entendons les deux témoins.

Mme Clancy: Oh, je vois ce que vous voulez dire. D'accord, faisons cela. C'est fantastique.

M. Cole: Demain, nous nous réunirons à 11 heures.

Une voix: Si nous pouvons résoudre ce problème, nous pouvons résoudre les problèmes du monde.

M. Cole: Nous ne pouvons résoudre les problèmes de la Chambre, encore moins ceux du monde.

Le président: La séance est levée jusqu'à 20 heures.

[*Texte*]

EVENING SITTING

• 2011

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum. Pursuant to Standing Order 108(2), the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This evening we have the pleasure to welcome before the committee Ted Marmor, Yale University, and Jonathan Lomas from McMaster University. Gentlemen, we thank you very much for taking time out of your busy schedules to appear before the committee. As you are probably aware, we had scheduled two full days of hearings today and tomorrow to try to complete committeee testimony prior to the completion of a report, so we are most pleased that you are able to be with us.

I understand that you have agreed to give your presentations followed by questions of both of you by members of the committee.

Dr. Ted Marmor (Yale University, New Haven, Connecticut): The sequence we have agreed to is that I will speak first and Jonathan second, not because there is any pride of place but because it makes intellectual sense given what we are going to say.

The first thing I would like to say is how pleased I am to be here. It is quite an uncommon matter, at least for me, to travel north to Canada and speak before a parliamentary group, and I very much appreciate the opportunity. I have been writing about Canadian health care matters for about 15 years, and for the last three have been associated with the Canadian Institute for Advanced Research, as has Jonathan. We come as colleagues in that respect.

I assume, Mr. Chairman, that you want something like ten minutes for summary purposes. What I would like to do is to divide my remarks into two parts and just sketch them, on the grounds that if they provoke interesting thoughts then we will have an exchange. In the first part I want to say something about the recent surge of interest in Canada on the part of United States observers of health care, and the surge of interest, at least as far as I can tell, in some aspects of American medical care by commentators in Canada. From my perspective there has been in the last two years quite a sharp increase in study of Canadian-U.S. comparative work. I want to comment on that first.

The second thing I want to do may seem odd to you. I want to comment upon a book that has apparently made quite a splash in parts of Canada, namely, the Rachlis and Kushner book called *Second Opinion*. I want to try to explain my rather peculiar reaction to that book, not because I think it is the only true, sensible view, but it may be illuminating for you to see what an American commentator or a United States commentator does with that effort to address the state of Canadian medical care or Canadian health care.

Mrs. Clancy: Canadians do not mind if you call yourself American.

[*Traduction*]

SÉANCE DU SOIR

Le président: La séance est ouverte. Il y a quorum. Conformément au paragraphe 108 du Règlement, le comité poursuit l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Ce soir, nous avons le plaisir d'accueillir Ted Marmor, de l'Université Yale, et Jonathan Lomas, de l'Université McMaster. Messieurs, nous vous remercions d'avoir pris la peine de venir malgré votre emploi du temps très chargé. Comme vous le savez sans doute, nous avons prévu deux journées complètes d'audiences, aujourd'hui et demain, pour mettre un terme l'audition des témoignages, avant de préparer notre rapport. Nous nous réjouissons donc de votre présence.

Vous avez, je crois, accepté de nous faire vos exposés, après quoi les membres du comité vous poseront des questions.

M. Ted Marmor (professeur, Université Yale, New Haven, Connecticut): Nous nous sommes entendus pour que je parle en premier, uniquement pour des raisons d'enchaînement logique.

Je tiens d'abord à dire combien je me réjouis d'être ici. Je n'ai pas l'habitude de venir dans le nord, au Canada, pour prendre la parole devant un groupe parlementaire. Depuis une quinzaine d'années, j'ai publié des écrits sur la santé au Canada et j'ai réalisé mes trois derniers travaux en collaboration avec l'Institut canadien des recherches avancées, comme Jonathan. Nous sommes donc collègues sur ce point.

Monsieur le président, je suppose que vous m'accordez une dizaine de minutes pour faire mon exposé. Je voudrais diviser mes propos en deux parties et me contenter d'idées générales sur lesquelles nous pourrons peut-être dialoguer. En premier lieu, je voudrais parler de l'intérêt que les observateurs des États-Unis manifestent depuis quelque temps pour le Canada et du regain d'intérêt que suscitent également certains aspects des services de santé américains chez les observateurs du Canada. D'après ce que j'ai pu constater, depuis deux ans, il y a eu un accroissement marqué du nombre d'analyses comparatives des systèmes canadien et américain. C'est par cette question que je commencerai.

La deuxième question dont je désire traiter peut vous paraître bizarre. Je voudrais parler d'un ouvrage qui semble avoir eu un grand retentissement dans un certain secteur du Canada, à savoir le livre de Rachlis et Kushner intitulé *Second Opinion*. Je voudrais vous expliquer ce que je pense de cet ouvrage, non pas que je me croie détenteur de la vérité, mais parce qu'il peut être intéressant pour vous de voir ce qu'un observateur américain ou plutôt des États-Unis pense de cette analyse des services de santé du Canada.

Mme Clancy: Les Canadiens ne voient pas d'objections à ce que vous vous qualifiez d'Américain.

[*Text*]

Dr. Marmor: You can tell that I am sensitive to that.

The first thing I want to say is that most commentary about Canada in the United States over the past two or three years has been quite favourable to Canadian health care. The most dramatic example of it was a PBS program aired December 17, 1990, called *Borderline Medicine*, in which I participated. It was an hour-length documentary, which took into account comparisons of similarly situated Canadian and American people who were sick, and asked how were they treated on both sides of the border, and what could we learn from that.

Certainly it was the case that in the commentary following Chrysler chairman Lee Iacocca's enthusiasm brought Canada, all of a sudden the opinion pages of American newspapers and the television commentary about Canada increased geometrically. That tells you something about the power of capital in the United States as opposed to professors. Whatever the cause, there it was.

• 2015

It would be fair to say that initially, through 1988 and 1989 and parts of 1990, there was an effusive celebration of Canadian medical care on roughly these grounds: Canada and the United States have comparable levels of technological development although not comparable levels of technological diffusion; Canadian medical care is financially accessible to all Canadians—that is, without cost-sharing of any significant kind; Canadians do not worry about bankruptcy from becoming ill, and they do this in the presence of expenditures that are 25% to 30% less per capita than in the United States. So that we spend more and feel worse was the conclusion. We not only had a judgment of American commentators that we spend more and feel worse, but also there was some documentation of feeling worse and a series of public opinion polls that were commissioned in 1989 and 1990 by, of all things, Baxter Travenol, the international health care company, which suggested... I will just give you the highlights of it. I do not know if you know about these or not.

This was a three-country poll: Britain, Canada, and the United States. It asked a whole series of questions, and the general claim was that a very much larger proportion of Americans, roughly nine out of ten, regarded American medical care as in fundamental trouble, or in such serious trouble that really wide-ranging reforms were necessary, and that the comparable figure in Canada was substantially less, something less than 50%. That was one kind of figure. The other kind of figure, which can be made fun of but I think it is worth your just hearing, is that when Canadians were asked how much they would like to transplant themselves to the United States, of the representative sample of people asked, 2% said that would be a good idea. Of the Americans who were asked, 66% said they thought it would be a good idea to transplant north.

I am not asking you to think that this is a sensible way to make policy, but it is a sensible way to judge dissatisfaction comparatively; that is, a sense of a little dismay south of the border.

[*Translation*]

M. Marmor: Comme vous pouvez le voir, je suis conscient de la différence.

D'abord, je dirais que la plupart des commentaires formulées aux États-Unis à l'endroit du Canada, depuis deux ou trois ans, sont assez favorables. Le meilleur exemple en est l'émission diffusée par PBS, le 17 décembre 1990, qui s'intitulait *Borderline Medicine* et à laquelle j'ai participé. Il s'agissait d'un documentaire d'une heure qui comparait la situation des Canadiens et des Américains frappés par la maladie, la façon dont ils étaient soignés des deux côtés de la frontière et qui présentait les conclusions à en tirer.

De toute évidence, au lendemain de cette émission, l'enthousiasme manifesté par le président de Chrysler, Lee Iacocca, a valu au Canada d'avoir la vedette dans les journaux américains et les commentaires télévisés. Cela vous en dit long sur le pouvoir du capital aux États-Unis par rapport au pouvoir des professeurs. Quelle qu'en soit la cause, c'est ce qui s'est passé.

Je dois dire qu'au départ, en 1988 et 1989 et au début de 1990, on a beaucoup vanté le régime de soins de santé du Canada pour les raisons suivantes: le Canada et les États-Unis en sont au même niveau sur le plan technologique même si le niveau de diffusion de la technologie n'est pas comparable; tous les Canadiens ont les moyens de se faire soigner, autrement dit, sans avoir à débourser un montant important; les Canadiens n'ont pas à redouter de faire faillite s'ils tombent malades et ils dépensent pour la santé entre 25 et 30 p. 100 de moins par tête que les Américains. Par conséquent, nous en avons conclu que nous dépensions plus et que notre situation était moins bonne. Non seulement les observateurs américains étaient de cet avis, mais il y a eu une série de sondages d'opinion réalisés, en 1989 et 1990, pour le compte de Baxter Travenol, la compagnie pharmaceutique internationale, qui laissait entendre... Je vais simplement vous en citer les principaux résultats. Je ne sais pas si vous les connaissez ou non.

Cette enquête a été réalisée dans trois pays: la Grande-Bretagne, le Canada et les États-Unis. Elle posait toute une série de questions et une proportion beaucoup plus importante d'Américains, à peu près 9 sur 10, considéraient que leurs services de santé présentaient des lacunes fondamentales ou justifiaient des réformes à grande échelle tandis qu'au Canada, les répondants de cet avis étaient beaucoup moins nombreux, soit moins de 50 p. 100. Un autre résultat, qui peut prêter à sourire, mais qui vaut la peine de souligner, est que 2 p. 100 des Canadiens ont dit qu'ils aimeraient aller s'installer aux États-Unis tandis que 66 p. 100 pensaient qu'il serait avantageux pour eux d'aller vivre dans le Nord.

Je ne prétends pas que ce soit là une bonne façon de formuler des politiques, mais cela permet d'évaluer le mécontentement comparatif et donne une certaine idée de l'insatisfaction qui règne au sud de la frontière.

[*Texte*]

That leads me to make the following two or three points about the state of comparison. One is that as American labour leaders and business leaders look with dismay at the escalating costs in the United States, the substantial areas of uninsured population in the sense that we are spending more and feeling worse, some Canadian commentators look quite favourably on the United States, and frankly it puzzles us in the United States as to why. I will leave it at that. I will gladly go into more detail, but it puzzles us.

The other thing that puzzles us is the sense that commentary in Canada, particularly commentary that uses the category of underfunding, thinks that there is an important difference between expenditures for medical care that is done under public auspices and expenditures for medical care that is done under private auspices. Yet if you are thinking about investment versus savings, consumption versus savings, we know that expenditures for current consumption are not saved. That is true whether it is private or public, and it does seem to me a category error of the first order.

Thirdly—and this will be my last point on part one—it seems to me that the final irony of Canadian-U.S. commentary is the view of the connection between social programs and economic progress. Some Canadian commentators seem now to regard general social programs as an economic disadvantage, burdens that hold Canada back in international competition.

Mrs. Clancy: You should be looking over that way.

Dr. Marmor: I am looking at all of you in the most bipartisn conceivable way.

A voice: Tripartisan.

Dr. Marmor: Tripartisan, that is right. That shows your cultural bias.

In the case of your medicare, it has the issue precisely backwards. Were medical care changed in the ways advocated by the "underfunded-ists", the cost of illness would become more, not less, of an economic burden—and ironically, in precise proportion to success in drawing more funding to medicare, to medicine.

In this area of my commentary the unanswered question is not whether Canada has done a successful job at cost containment relative to the United States—relative to the rest of the world is a different point. I think the unanswered question is. . . Assume it is a bargain compared with the United States and assume it is a competitive advantage. But is Canada failing to meet fundamental medical needs that are important? That I think is a legitimate question to ask: are Canadians needlessly suffering for want of some appropriate medical care?

• 2020

Never mind what the United States is doing, should Canada be spending more in some areas and less in others? This is what Jonathan is going to talk about. If the answer to that question is yes, the American experience suggests it should be done through the public sector—the cost control—and much research suggests that the largest pay-off lies not in traditional medical care and surgery, but in social investments that improve one's capacity to cope and stay

[*Traduction*]

J'aurais deux ou trois points à signaler au sujet de la situation comparative. Alors que les dirigeants patronaux et syndicaux des États-Unis s'inquiètent devant l'escalade des coûts et la proportion importante de la population qui n'est pas assurée, certains observateurs canadiens font l'éloge de la situation aux États-Unis, ce qui nous sidère. Je n'en dirai pas plus. Je serais bien prêt à entrer dans les détails, mais cela nous sidère.

Une autre chose qui nous sidère, c'est d'entendre des Canadiens parler notamment du sous-financement en laissant entendre qu'il existe une importante différence entre les dépenses pour les services de santé publics et les services de santé privés. Pourtant, si vous considérez l'investissement par rapport à l'épargne ou la consommation par rapport à l'épargne, vous verrez que les dépenses de consommation ne sont pas économisées. C'est vrai autant pour les services privés que les services publics et je vois donc là une erreur sérieuse.

Troisièmement, et ce sera le dernier point de la première partie de mon exposé, la façon dont les observateurs canadiens et américains considèrent le lien entre les programmes sociaux et le progrès économique me paraît vraiment curieuse. Certains Canadiens semblent considérer que les programmes sociaux représentent un désavantage économique, un fardeau qui empêche le Canada de soutenir la concurrence internationale.

Mme Clancy: Vous devriez vous adresser à nos collègues d'en face.

M. Marmor: Je m'adresse à vous tous dans un esprit de bipartisme.

Une voix: De tripartisme.

M. Marmor: En effet, de tripartisme. Mes préjugés culturels me trahissent.

Dans le cas de votre assurance-maladie, c'est exactement l'inverse. Si l'on procédait au changement préconisé par les partisans du sous-financement, le coût de la maladie constituerait un fardeau plus lourd, et cela proportionnellement au succès avec lequel l'assurance-maladie et la médecine obtiendraient plus d'argent.

Quant à savoir si le Canada a mieux réussi à limiter ses coûts que les États-Unis ou les autres pays du monde, c'est une autre question. La question qui reste sans réponse est. . . Supposons que la situation soit meilleure au Canada qu'aux États-Unis. Mais le Canada répond-il vraiment à des besoins fondamentaux sur le plan médical? La question qu'il faut légitimement se poser est la suivante: Le Canada souffre-t-il inutilement de l'absence de certains soins médicaux?

Peu importe ce que font les États-Unis, le Canada devrait-il dépenser davantage dans certains domaines et moins dans d'autres? C'est ce dont Jonathan va vous parler. Si l'on répond par l'affirmative à cette question, l'expérience américaine laisse entendre qu'il faudrait le faire par l'entremise du secteur public -en limitant les coûts -et que la solution la plus payante n'est pas la médecine traditionnelle et la chirurgie, mais l'investissement social qui améliore la

[*Text*]

well. There is more to the story here than the debate over funding levels has revealed. But the central message of this point in my remarks is to beware of misleading and selective glances across our borders. That is point one.

Point two is the American professor looking at this *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It*, by Michael Rachlis. I gather he is going to address you tomorrow, though I would suspect about other matters than his co-author, Carol Kushner. Now, the first thing that we notice south of the border about this book is that it combines two arguments that are usually quite separate. One, on the one hand it rejects totally the overall American arrangements for financing medical care. It by no means casts a benevolent eye on the macro-picture. At the same time, it suggests that Canadian medical care is inefficiently delivered, costs too much, too much is done that should not be done. It is very critical about your medical system. So it produces this twin view: do not look south, but look critically at yourselves. And it is, I think, undeniably pretty alarmist in argument and in tone and its contentions really suggest a kind of indictment of what it takes to be Canadian smugness about the merits of its health care system: too much of the practice is wasteful, patients are hospitalized unnecessarily, kept in too long, high-technology services overused, and so on and so forth.

What is remarkable to me is that the elements of the criticism in the Kushner and Rachlis book are very familiar to critics of American medical care. They are exactly the same—exactly the same. What I think is troubling and possibly misleading about the book is the recommendations they make about what should be learned from south of the border. The macro-lesson is to avoid; the micro-lesson is roughly—let me summarize this—to say find out what those in the United States do best and copy it. Another way of putting it is generalize the best south of the border.

Let us assume that Kaiser Permanente and particularly Puget Sound's HMO, a pre-paid group practice, is a terrific institution. Let us go out and look at what they do about the use of medical care and hospitalization and the like. Surely if all of Canada could be run like Puget Sound, Canada would be a lot better off, so they say. Likewise, so would be the United States is the implication, but they do not draw that.

Their quote is something like results like these—referring to the group at Puget Sound and Kaiser—indicate that it is perfectly possible to provide high-quality health care at much lower cost, but there must be an incentive to do so. The suggestion is let us turn Canadian medical care around on the model of the health maintenance organization of Puget Sound or Kaiser Permanente.

I do not want to take too much time at this point, but what we claim and I have written—you have it, so you can go on and look at it—is that south of the border we know it is not so simple. It is not so simple because although these

[*Translation*]

santé générale de la population. Le problème dépasse le cadre du débat sur le niveau de financement. Mais je voudrais surtout vous mettre en garde contre une comparaison trompeuse et sélective avec ce qui se passe de part et d'autre de la frontière. Voilà pour le premier point.

Le deuxième point porte sur l'examen que fait le professeur américain dans *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It*, de Michael Rachlis. Je crois qu'il doit vous rencontrer demain, même si c'est sans doute pour vous parler d'autres questions que la coauteure de son ouvrage, Carol Kushner. La première chose que nous constatons, au sud de la frontière, au sujet de ce livre, est qu'il réunit deux arguments qui sont généralement dissociés. D'une part, les auteurs rejettent entièrement le mode de financement des soins de santé aux États-Unis. Ils sont loin de se montrer indulgents pour ce qui est de la situation d'ensemble. En même temps, ils laissent entendre qu'au Canada, les soins de santé sont dispensés de façon inefficace, qu'ils coûtent trop cher, et qu'ils sont souvent inutiles. Cet ouvrage est très critique à l'endroit de votre système médical. Il vous recommande donc de faire votre autocritique au lieu de vous tourner vers le Sud. Il s'agit certainement de propos alarmistes qui reprochent aux Canadiens de surestimer les mérites de leurs services de santé: il y a trop de gaspillage, les patients sont hospitalisés inutilement, ils restent à l'hôpital trop longtemps, on fait un usage excessif des services de haute technologie, et ainsi de suite.

Je remarque que les critiques formulées par Kushner et Rachlis s'apparentent énormément à celles que l'on formule à l'endroit des services de santé des États-Unis. Ce sont exactement les mêmes. Ce qu'il y a de troublant et peut-être même de trompeur dans cet ouvrage, ce sont les recommandations qu'il présente quant aux leçons à tirer de l'expérience américaine. Il faut éviter de reproduire le modèle américain et il s'agit plutôt de copier ce qui se fait de mieux aux États-Unis. Autrement dit, il s'agit de généraliser ce qu'il y a de mieux au sud de la frontière.

Supposons que Kaiser Permanente et surtout le service de santé de Puget Sound, les services d'hygiène payés d'avance, sont de merveilleuses institutions. Voyons ce qu'ils font en ce qui concerne l'utilisation des soins médicaux et de l'hospitalisation, par exemple. S'il était possible d'administrer tous les services de santé du Canada comme ceux de Puget Sound, le Canada s'en trouverait beaucoup mieux, disent les auteurs. Cela sous-entend que les États-Unis aussi, mais ils n'en arrivent pas à cette conclusion.

Selon les auteurs, les résultats de ce genre d'initiatives—et ils veulent parler de celles de Puget Sound et de Kaiser, montrent qu'il est parfaitement possible de dispenser des soins de haute qualité à un prix bien moins élevé, mais qu'il faut certains incitatifs en ce sens. Ils suggèrent donc d'aligner les services de santé du Canada sur le modèle de Puget Sound ou Kaiser Permanente.

Sans vouloir trop m'étendre sur le sujet, nous affirmons—et je vous ai remis ce que j'ai écrit à ce sujet pour que vous l'examiniez—que nous savons parfaitement, au sud de la frontière, que les choses ne sont pas si simples. En

[*Texte*]

ideals are worthy as reminders, you cannot generalize the best. It is not possible to take exemplary models and simply impose them all over, because they are exemplary in part because they come out of special circumstances.

Nobody in their right mind thinks that the rest of American medicine is about to take the example of Puget Sound or Kaiser Permanante, partly because the culture of those two places are sufficiently different and it was defined in opposition to the standard fee-for-service medicine. That is point number one.

Point number two, I would put this way: the dangers of *Second Opinion*—and I want to quote here, so be careful of what I say—are of misplaced dismay at what you have achieved and misleading optimism about the possibility of managerial transformation through isolated American models of innovation. That is really my point.

• 2025

In closing, it is likely but not certain that the political price of Canada's relative success in reasonably fair access and comparatively restrained costs. . . I use those words carefully. You spend 11.5% of GNP. Canada looks like a cost-controlled country of a substantial kind. It all depends where your starting point is, but since we are looking south of the border, it makes sense for us to look north of the border.

Whatever the political price has been of the system of access and costs that you have had, it has probably been the price you have paid for avoiding substantial reorganization and monitoring of care. You have really let political freedom and administrative autonomy maintain themselves, partly in exchange for tighter control, relatively speaking, over overall expenditure. If that is so, then the choices you face are far more constrained than this optimistic book would have it. It may well be worth reminding Americans south of the border, enamoured of Canada's relative success, that no system, including Canada's, is without possibilities of substantial improvement.

Would most U.S. policy-makers not relish the prospects of struggling with how to allocate 8.5% of GNP in a medical care system where everyone had insurance coverage? The lesson for me of North American comparative research is that nations never stop the tug of war over resources. Amid that unavoidable tugging, I would say, it is well to remember that the undoable but excellent option is much less to be recommended than the implementable but merely good alternative.

With that, let me close. I hope I have kept within the order you have.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Marmor. I do not know whether the old adage that the grass always looks greener on the other side is apropos at this time or not. I think we always tend to look elsewhere to find answers to problems that are sometimes usually best dealt with at home. I think you have pointed out some of the situations that perhaps all of us as Canadians face. We do thank you.

[*Traduction*]

effet, même s'il s'agit de modèles dont il vaut la peine de s'inspirer, il n'est pas possible de les généraliser. On ne peut pas imposer partout des modèles exemplaires, parce qu'ils résultent de circonstances exceptionnelles.

Aucune personne saine d'esprit n'ira s'imaginer que le reste de la médecine américaine va suivre l'exemple de Puget Sound ou de Kaiser Permanente, en partie parce que dans ces deux cas, la situation était très différente et on a cherché à s'éloigner de la médecine rémunérée à l'acte. Voilà le premier point.

Quant au deuxième, je dirais que *Second Opinion* est dangereux en ce sens que -et je cite -il est indûment alarmiste quant aux résultats que vous avez obtenus et indûment optimisme quant à la possibilité d'imiter des modèles d'innovation américains isolés. Voilà ce que je tenais à souligner.

En terminant, il est probable, mais pas certain, que le prix politique payé par le Canada pour la façon dont il a relativement bien réussi à ménager un accès raisonnable tout en contrôlant les coûts. . . j'utilise ces mots avec beaucoup de prudence. Vous consacrez à ce secteur 11,5 p. 100 cent du PNB. En apparence, le Canada a réussi fort bien à contrôler ses coûts. Tout dépend du point de départ que l'on choisit, mais puisque nous comparons avec le sud de la frontière, nous avons tout intérêt à regarder également au nord de la frontière.

Quel a été le prix politique de cet accès et de ce contrôle des coûts, c'est probablement le prix que vous avez payé pour avoir évité une réorganisation générale et un contrôle des soins de la santé. En fait, vous avez choisi une certaine liberté politique, une certaine autonomie administrative, en partie aux dépens d'un contrôle plus efficace de l'ensemble des dépenses. Si c'est bien le cas, il vous reste beaucoup moins d'options que ce livre optimiste ne semble le prétendre. Il serait peut-être bon de rappeler aux américains au sud de la frontière qui sont antichés du succès relatif du Canada qu'il n'y a pas de système, pas même celui du Canada, qui ne puisse être amélioré.

Est-ce que le responsable de la politique américaine ne serait pas enchanté à l'idée de devoir répartir 8,5 p. 100 cent du PNB dans un système de soins de santé où tout le monde serait assuré? À mon avis, si l'on peut tirer une leçon de ces recherches comparatives sur l'Amérique du Nord, c'est qu'aucune nation n'arrive jamais à éviter les disputes sur les ressources disponibles. Mais au milieu de ces différends inévitables, il faut se souvenir qu'une option impraticable mais excellente n'est jamais préférable à une solution qui se contente d'avoir du mérite et qui est en même temps applicable.

Je vais terminer sur cette note, j'espèrerais n'avoir pas dépassé le temps que vous aviez prévu.

Le président: Merci beaucoup, docteur Marmore. Je ne sais pas si le moment est bien choisi pour citer ce vieil adage: l'herbe est toujours plus verte de l'autre côté de la clôture. Nous avons toujours tendance à chercher des réponses à nos problèmes ailleurs, très souvent, nous ferions mieux de les chercher chez nous. Nous vous remercions de nous avoir expliqué certains éléments de la situation des canadiens.

[*Text*]

We will move now to Dr. Lomas, please, if he will give us his presentation.

Dr. Jonathan Lomas (McMaster University): Thank you. I am also pleased to have an opportunity to come before the committee again. As I was saying to Dr. Halliday beforehand, I think the early 1980s was the last time I spoke to the committee. I am not sure any other face is familiar other than Dr. Halliday's from that time. I am not sure the content of the deliberations of the committee is that much different from the early 1980s either.

I too am part of the Canadian Institute for Advanced Research, Fraser Mustard's particular mafia that Ted also belongs to. In addition, I am co-ordinator of the Centre for Health Economics and Policy Analysis at McMaster University, located within the health science faculty. Part of the role I want to play this evening will be more in my capacity at the end of 1989 as chairman of the provincial deputy ministers conference on quality assurance that was held in Toronto in November 1989.

What I really want to do is depart from Ted's comments on the assumption that a lot of our interest in the micro-issues of the United States health care systems has been because of what we believe they offer for cost containment in our own system. Despite the fact that we can look good by comparing ourselves to the United States, obviously, I assume—and this is an assumption—very much what you are about as a committe is concerned about cost containment.

As such, I want to measure my remarks against that objective, potentially, and say first of all that one assumes one of the reasons you are interested in cost containment is because we believe the health care system per se is only one of our ways in society of producing health and that we may have historically overestimated its contribution to the overall level of health in the population. As there are other and alternative ways of spending public funds to produce health, as one of my colleagues in CIR is always fond of saying, as long as we have the hyena of the health care system devouring public expenditures and chewing on one of our feet, we cannot step forward to address the alternative pathways to health that may involve child support, social programs and the like, which are increasingly being perceived to be much more effective ways of using additional funds—not the current funds necessarily—for the production of our population's health.

Given all of those arguments, one should be very concerned, nevertheless, not to give up on the role of medical care and health care in producing the population's health. I think we have a grave tendency of assuming that our role as a country and your role as public policy-makers is to contain the costs of health care, maintain what Ted has alluded to in Canada, which is a significant degree of individual autonomy and clinical freedom of Canadian physicians relative to U.S. physicians, who are now used to practising with an accountant on one shoulder advising on the latest medicare payment possibilities and a third party reviewer on the other shoulder advising on what is and is not allowable in the way of clinical interventions.

[*Translation*]

Je vais maintenant donner la parole au M. Lomas.

M. Jonathan Lomas (Université McMaster): Merci. Je suis également très heureux d'avoir été réinvité devant votre comité. Comme le D[r] Halliday le disait avant la séance, ma dernière visite remonte au début des années 80. Je ne suis pas sûr de reconnaître qui que ce soit, à part le D[r] Halliday. Cela dit, je ne sais pas si la nature des délibérations du comité a tellement changé depuis le début des années 80.

Je travaille moi aussi pour l'Institut canadien des recherches avancées, la petite mafia de Fraser Mustard dont Ted fait également partie. De plus, je coordonne le Center for Health Economics and Policy analysis de l'Université McMaster, un département de la Faculté des sciences de la santé. Ce soir je vais parler plus en ma qualité de président de la conférence des sous-ministres provinciaux sur les normes de qualité qui s'est tenue à Toronto en novembre 1989.

En fait, je vais m'écarter des observations de Ted car, si nous nous sommes tellement intéressés à des considérations «micro» dans le système de santé américain, c'est à cause des possibilités de contrôle des coûts que nous pouvons en tirer pour les appliquer dans notre propre système. Nous savons que nous soutenons favorablement la comparaison avec les États-Unis, mais j'imagine, et c'est une supposition, que votre comité s'intéresse surtout au contrôle des coûts.

À ce titre, je vais orienter mes observations sur cet objectif et vous dire, pour commencer, que si vous vous intéressez au contrôle des coûts, c'est en partie parce que nous sommes convaincus que le système de santé n'est qu'un moyen dont notre société dispose pour favoriser la santé. En effet, il est fort possible que nous ayons jusqu'ici surestimé la contribution du système de santé à la santé générale de la population. Comme mes collègues de l'institut le disent volontiers, il y a d'autres moyens de produire la santé grâce à une dépense de fonds publics et tant que la hyène du système de santé dévorera les fonds publics et sera sur nos talons, nous ne réussirons pas à emprunter d'autres voies, par exemple les allocations aux enfants, les programmes sociaux etc, qui sont considérés de plus en plus comme étant des moyens plus efficaces d'instaurer la santé parmi la population à condition toutefois d'y consacrer des fonds supplémentaires, et pas forcément les fonds dont on dispose déjà.

Cela dit, il ne faudrait pas non plus, sous prétexte de ces arguments, oublier l'importance des soins de santé du régime médical pour la santé de l'ensemble de la population. Nous avons tendance à supposer, ce qui est très regrettable, que les responsables sont surtout là pour contrôler les coûts de la santé et pour sauvegarder dans une large mesure l'autonomie et la liberté clinique des médecins canadiens par rapport aux médecins américains qui sont habitués à travailler avec un comptable d'un côté pour leur expliquer les plus récentes possibilités de remboursement du régime de santé et un spécialiste de l'autre côté qui leur rappelle quelles sont les interventions cliniques qui sont autorisées et celles qui ne le sont pas.

[*Texte*]

• 2030

My remarks are going to be focused on the fact that we should not give up on the medical care system by just containing the costs within it. That is point one. Point two, when you look inside medical care there are some major concerns that we should, as a nation, be having about the quality of the care provided within medical care. Point three is that this presents a major challenge, it seems to me, to the medical profession in Canada at the moment, which they are only starting to respond to, which is to address those quality-of-care concerns, in other words to improve the precision with which medical care relates to the production of health in our population.

First of all I want to address the initial issue of the lack of precision we find in medical care, and that is really a quality-of-care argument. Secondly, I want to relate that quality-of-care issue to cost containment mechanisms and what the impact of cost containment might be. Thirdly, I will look at the conclusions and implications of that, and I hope I can get that done in about 10 or 15 minutes.

I am going to play to the fact that I am indeed a researcher and a health services researcher. Therefore I am going to give you quite a little bit of research information. The details of it are less important than the wash that you will get from it. Most of the research articles and research results I will present are examples extracted from a voluminous literature, and I am happy to talk about other examples. As far as possible I have tried to select Canadian examples, because I think the cultural differences that Ted has talked about may well be important.

First, let me address the issue of the lack of precision in medical care and the certain degree of uncertainty many physicians feel, and which we should feel some sympathy for.

In a study one of my colleagues did at McMaster, they took some of the very common expressions that you find on laboratory reports and within medical care all the time, expressions like "this is certain", "this is always", or "there was a low probability that", or that "it is doubtful that"—the kinds of things a radiologist or pathologist writes on those reports, having looked at the X-rays, etc. We presented these expressions to 16 physicians and asked them to say what was the exact probability they would put on a statement of "certain" or "always" or "doubtful".

For "certain", across the 16 physicians, the range of probabilities was from 0.7 to 1.0, and 1.0 is genuinely considered to be certain. A number of these physicians said 0.7. For "always", the range of probablities was also 0.7 to 1.0. For "low probability', the range was from 0 to 0.8. For "doubtful", the range was from 0.05 to 0.8. For "unlikely" the range was 0 to 0.95. In other words, the use of these words, common throughout medicine, at all times, on many reports, is subject to extremely wide interpretation. It is not precise in that sense.

[*Traduction*]

Mes observations sont fondées sur la conviction que nous ne devons pas nous contenter de chercher à limiter les coûts si nous voulons arranger le système de santé. Voilà pour une chose. Deuxièmement, en ce qui concerne la santé, notre pays a de bonnes raisons de s'inquiéter de la qualité des soins offerts dans le cadre du système de santé. Troisièmement, cela représente un défi important pour la profession médicale au Canada, un défi qui concerne la qualité des soins et qu'on commence tout juste à relever. Autrement dit, il s'agit de définir avec plus de précision le rapport qui existe entre les soins de santé et la santé même de notre population.

Pour commencer, je vais parler du manque de précision que l'on constate dans les soins de santé, et cela nous ramène à l'argument de la qualité des soins. Deuxièmement, je ferai un rapport entre ces questions de la qualité des soins et les mécanismes de contrôle des coûts ainsi que les répercussions possibles de ce contrôle. Troisièmement, j'étudierai les conclusions et les répercussions de ces circonstances et j'espère réussir à couvrir ce terrain en dix ou quinze minutes.

Je profite de ce que je suis un chercheur, un chercheur dans le domaine des services de santé. Par conséquent, je vais vous donner des informations tirées de certains travaux de recherche. Ce ne sont pas tant les détails qui sont importants, mais plutôt l'impression d'ensemble que vous pouvez en tirer. La plupart des articles de recherche et des conclusions que je vous citerai sont tirés d'une documentation volumineuse mais il m'arrivera aussi de vous citer d'autres exemples. Dans la mesure du possible, j'ai essayé de trouver des exemples canadiens car les différences culturelles dont Ted vous a parlé pourraient en effet être importantes.

Pour commencer, je vais parler du manque de précision dans le secteur de la santé et de l'incertitude dont souffrent beaucoup de médecins, un sentiment qui devrait nous inspirer une certaine sympathie.

Dans une étude effectuée par un de mes collègues à l'Université McMaster, on a pris certaines expressions qu'on retrouve couramment dans les rapports de laboratoires médicaux, des expressions comme «c'est certain», «c'est systématique», ou «faible probabilité» ou encore «on a des bonnes raisons de douter». C'est le genre de notes qu'un radiologue ou un pathologiste inscrit dans son rapport après avoir étudié une radio. Nous avons donné ces expressions à 16 médecins et nous leur avons demandé dans quelle proportion exactement ils étaient susceptibles d'utiliser les expressions «certain», «toujours» ou «peu probable».

Pour «certains», parmi tous les médecins, les probabilités allaient de 0,7 à 1,0, 1,0 étant considéré comme vraiment certain. Un certain nombre de médecins ont répondu 0,7. Pour «toujours», les probabilités allaient également de 0,7 à 1,0. Pour «faible probabilité», cela allait de 0 à 0,8. Pour «peu probable», de 0,05 à 0,8. Pour «très peu probable» les probabilités allaient de 0 à 0,95. Autrement dit, ces termes qui sont très répandus dans toute la médecine, qui apparaissait sans cesse dans toute sorte de rapports peuvent être interprétés de façon très différente. Dans ce sens là, il y a un manque de précision.

[*Text*]

Let me give you a second example. Recently surgery was confronted with a fairly daunting set of research results coming out of a large randomized controlled trial on an operation called the external carotid internal carotid bypass surgery, done to try to prevent strokes. It sounded like a very reasonable idea. You bypass the vessels that seem to be clogged leading to the brain to prevent that clogged vessel leading to a stroke at a future date. Many uncontrolled studies were done that supported this idea. Once those ideas were well disseminated through uncontrolled studies, one found a fairly wide dissemination of the procedure and fairly widespread use by neurosurgeons in practice.

Once the results of a large randomized controlled trial, the most precise kind of research design you can use for evaluating these issues, came in, it was quite clear that this was a surgical operation that for most people did no good at all relative to the alternative of taking aspirin—medical therapy. For a select group of patients, on functional status measures, it actually was probably doing some harm. Their outcomes were worse than those who were getting the medical therapy. For many years that operation was extant among the medical profession.

• 2035

To give you a final piece of information, there is now a well established literature of some 20 years to 30 years old, but only now just starting to get major attention, the small area of variations literature that seems to indicate a large degree of uncertainty among members of the medical profession about what is appropriate care in different circumstances.

Some studies that we did across the five regions of southern Ontario have indicated, for instance, that in one region fetal distress would be diagnosed at the rate of about 3.6% of women in childbirth; in another region, with no explanation according to the differences as far as we could find in the patient population or the facilities that were available, the rate of diagnosis is three times as high, 9.4%. You are three times as likely to be diagnosed as having fetal distress in one area of the province compared to another, with no apparent explanation other than physician practice styles and physician propensity.

You were in one area more likely to get Caesarean sections for having a breech presentation about 55% of the time, in another area 75% of the time. In a further area we looked at coronary artery bypass surgery and found that you were almost twice as likely in one region of the province to get coronary artery bypass surgery compared to another region of the province.

Again in all of these instances we tried to control as far as we could for any obvious explanations on the basis of differences in the kinds of patients or differences in the facilities available. So there we have some concerns about the degree of precision with which medical care is used to achieve health outcome.

I would not want any of this to be taken as an attack on physicians. I think this is in line with the kind of mix and realities issues, that most physicians will tell you—I know there are two physicians on the committee, and I would be

[*Translation*]

Je vais vous donner un deuxième exemple. Récemment les chirurgiens ont été secoués lorsqu'on a publié des résultats assez inquiétants sur des recherches effectuées au hasard et sur une large échelle sur une procédure chirurgicale qu'on appelle un pontage cardiaque de la carotide externe et de la carotide interne. C'est une opération grâce à laquelle on tente de prévenir les attaques de congestion cérébrale. A priori, cela semblait une très bonne idée. On court-circuite les vaisseaux qui semblent être bouchés et qui conduisent au cerveau pour empêcher une congestion cérébrale à une date ultérieure. Beaucoup d'études non contrôlées avaient semblé confirmer cette idée. Grâce à ces études non contrôlées, l'opération s'est répandue et très vite, elle a été effectuée fréquemment par les neurochirurgiens.

A la suite de cette dernière étude au hasard et sous contrôle—le moyen le plus précis d'évaluer la valeur d'une procédure—on s'est aperçu que pour la plupart des gens cette opération n'avait aucun avantage par rapport à l'aspirine, c'est-à-dire sur une thérapie médicale. Et pour certains patients présentant des caractéristiques particulières, c'était même probablement nocif. Ils s'en tiraient plus mal que les patients auxquels on avait prescrit une thérapie médicale. Or, pendant des années, c'est une opération qui a été très courante.

Une dernière information: c'est un phénomène bien documenté depuis 20 ou 30 ans, mais on commence à peine à en parler, ce phénomène de l'incertitude qui existe parmi les membres de la profession médicale quant aux soins qui se justifient dans diverses circonstances.

Nous avons effectué des études dans les cinq régions du sud de l'Ontario et nous nous sommes aperçus que dans une de ces régions on diagnostiquait un foetus en détresse chez environ 3,6 p. 100 des parturientes. Dans une autre région, sans que les caractéristiques de la population ou les installations disponibles puissent l'expliquer, ce diagnostic était trois fois plus fréquent, dans 9,4 p. 100 des cas. Autrement dit, dans une région de la province, on a trois fois plus de chance de diagnostiquer un foetus en détresse que dans d'autres régions, la seule différence étant apparemment les méthodes et les habitudes des médecins.

Dans une région, on pratique des césariennes en cas de présentation par le siège dans environ 55 p. 100 des cas, dans une autre, dans 75 p. 100 des cas. Dans une autre région, nous avons étudié les pontages cardiaques et nous nous sommes aperçus qu'ils étaient deux fois plus fréquents dans une région que dans une autre région de la province.

Dans tous ces cas, je le répète, nous avons essayé de tenir compte des différences dans la population ou des différences dans les installations disponibles. Bref, nous considérons que la précision des actes médicaux destinés à rétablir la santé sont une cause importante de préoccupations.

Il ne faudrait pas penser que j'attaque les médecins. À mon avis, cela tient aux réalités de l'existence et la plupart des médecins vous diront—je sais qu'il y en a deux parmi vous et j'aimerais savoir ce qu'ils en pensent—que pour eux

[*Texte*]

happy to hear from them—that what they practise is as much an art as it is a science. One of our difficulties is that we have tended as a public to perceive medical care as a science, whereas in an awful lot of it, while having some scientific base the actual practice of medicine on a day-to-day basis is very much an art, and I think much of this information reflects that.

A second component is the inappropriateness of care, and one has to deal with the extent to which some care may be poor quality care. It is disturbing the extent to which it is possible to uncover the kinds of levels and degrees of inappropriate care that are present in our system.

I will give you an example from the use of blood products that was audited in an area close to me in Ontario where the physicians who were actually using the blood products were involved in establishing, based on the research evidence, the criteria for appropriate use of those blood products. There were three blood products under study, and according to those criteria the use for the three of them varied between 10% and 23% as being clearly inappropriate. If you added in not only clearly inappropriate but also of doubtful benefit, the range became 17% to 37%. Across all three of those blood products for either clearly inappropriate or dubious benefit, fully 30% of the blood products prescribed fell into that category, either clearly inappropriate or dubious benefit.

I will give you a second example, again from work that we have been doing on Caesarean section. The research information indicates quite clearly that the routine use of repeat elective Caesarean section is not indicated for the majority of women who have a previous Caesarean section, that the routine use is in fact inappropriate care. Nevertheless, in one study we have recently completed, even after extensive and extremely aggressive quality assurance measures in a group of hospitals that had been subjected to two years worth of quality assurance activity with regard to this specific procedure, we still found that 30% of women were not even being offered by physicians the opportunity to undergo a trial of labour and a subsequent vaginal delivery. They were being scheduled automatically for an elective repeat Caesarean section.

As a third example, in Saskatchewan the use of hysterectomies was flagged again. This is an example where I think the medical profession itself is responsible for positive action to try to redress this. This is, as I said earlier, where I think the challenge for the medical professions is to get involved much more in this kind of initiative. They identified the use of hysterectomies as a major problem on the basis of information looking at different cities, and finding the range of inappropriate use was as much as 52% in some cities and the lowest was 17%, judged against a set of standards of care generated by the medical profession itself.

These I offer as concerns about the quality and appropriateness of care. There are examples I can give further evidence on, but I do not want to belabour the point. I think those three Canadian examples will do for now.

[*Traduction*]

la médecine est autant un art qu'une science. Un de nos problèmes tient en effet à ce que le public conçoit la médecine comme une science alors que très souvent, bien que fondée sur un certaine donnée scientifique, dans la pratique quotidienne, cela reste un art dans une grande mesure. Toutes ces informations le prouvent bien.

Tournons-nous maintenant vers les soins de santé qui ne sont pas appropriés et également les soins de mauvaise qualité. Il est inquiétant de constater à quel point on découvre dans notre système actuel des niveaux et des degrés de soins qui ne sont pas appropriés.

Prenons l'exemple des produits tirés du sang dont on a étudié l'utilisation dans une région voisine de celle où je me trouve, en Ontario. Dans le cadre de cette étude, on a demandé aux médecins qui utilisaient ces produits tirés du sang de participer à l'établissement de critères pour l'utilisation de ces produits. Trois produits étaient à l'étude et, d'après ces critères, dans 10 à 23 p. 100 des cas ils n'étient pas utilisés à bon escient. Si à cette catégorie des produits utilisés à mauvais escient vous ajoutez les cas où ils sont utilisés avec des résultats douteux, la proportion passe de 17 à 37 p. 100. Pour ces trois produits tirés du sang utilisés à mauvais escient ou avec des résultats douteux, 30 p. 100 des produits prescrits entraient dans ces deux catégories.

Je vais vous donner un deuxième exemple, encore une fois tiré des études que nous avons faites sur les césariennes. D'après les résultats de nos recherches, il est évident qu'une césarienne ne s'impose pas systématiquement pour la majorité des femmes qui ont déjà eu une césarienne. C'est une opération qui est souvent systématique et qui n'est pas justifiée. Cela dit, dans une étude que nous venons de terminer, nous avons constaté que, même après avoir subi un contrôle de la qualité systématique et intensif pendant une période équivalent à deux ans dans un groupe d'hôpitaux, il y avait encore 30 p. 100 de femmes à qui leur médecin ne donnait même pas le choix d'essayer d'accoucher naturellement par voie vaginale. Automatiquement la procédure élective était prévue, une seconde césarienne.

Un troisième exemple, celui des hystérectomies en Saskatchewan dont on parle à nouveau. Dans ce cas, c'est la profession médicale elle-même qui a pris des mesures pour essayer de redresser la situation. Comme je l'ai dit plus tôt, les professions médicales ont tout intérêt à s'impliquer de plus en plus dans ce genre d'initiative. Sur la base de données sur diverses villes, on s'est aperçu que les hystérectomies posaient un problème majeur puisque dans certaines villes elles étaient pratiquées abusivement dans 52 p. 100 des cas et dans d'autres, dans 17 p. 100 des cas. Pour parvenir à cette conclusion, on s'est fondé sur une série de normes préparées par la profession médicale elle-même.

Voilà donc des sujets de préoccupation quant à la qualité et à la justification des soins. Je pourrais vous citer d'autres exemples, mais je ne veux pas m'étendre sur la question. Ces trois exemples canadiens devraient suffire.

[*Text*]

• 2040

I would like to turn now to the relationship between that issue of quality of care and cost containment. In many of the cost containment policies that we as a country have entertained, we have tended to make an assumption about them. That assumption is that any cost containment mechanism will act differentially on appropriate and effective services versus inappropriate and ineffective services. In other words, we have assumed that if we are like a family with a family income then if we reduce our income the expenditures that we would reduce will be on going to the cinema and going for restaurant meals and the ones we will not reduce will be acquiring the four food categories for our meals. We have thought that the health care system would operate the same way. If you reduce via cost containment strategies the amount of utilization in the health care system, that reduction will be isolated to those portions of care that are inappropriate or discretionary.

What I want to do is to provide you some information that says we are wrong in that assumption. What we find is that under different kinds of cost containment policies that does not happen.

First let me go back to that variations literature, where you find that the rate at which different things are done in different areas varies significantly. Again, you might think that the areas where the rates were very high would be the areas in which you would find inappropriate care and where the rates were very low that is because they were much more carefully targeting the care to only the appropriate kinds of care. That does not appear to be the case. It seems that the same proportion of inappropriate care is found in the low rate areas as in the high rate areas. That proportion continues to be about 20% to 30% of care.

If you actually look at the cost containment issue carefully, some of the evidence from the United States is quite strong in this regard. The Rand health insurance study, which you may have heard of in previous testimonies, was a giant randomized control trial of health insurance in which some people got free care. This might be perceived as one of the few opportunities Americans actually had to receive something akin to a Canadian health care system. The 500 or so subjects in that experiment who were randomized to the free care arm of the experiment had something that was extremely close to Canadian national health insurance. They also had a cost-shared group, user fees and co-payments of the kind that those who argue for privatization of the Canadian health care system argue for.

You look at the utilization levels, and indeed that cost-sharing component was a very effective way of reducing utilization. If you set the free care as an index of 100 points of utilization, the cost-shared group had a 76-point utilization, so 25% less utilization. But then when you look at the appropriateness of admissions data for those two groups there, you find that both groups had just over 20% inappropriate admissions. The conclusion from that says that

[*Translation*]

Je passe maintenant au rapport qui existe entre la qualité des soins et le contrôle des coûts. Jusqu'à présent, la plupart des politiques de contrôle des coûts que nous avons envisagées partaient du principe qu'un mécanisme de contrôle, quel qu'il soit, agira d'une façon différente sur les services justifiés et efficaces et sur les services inutiles et inefficaces. Autrement dit, nous avons supposé, comme si nous étions une famille avec un certain revenu, que notre revenu diminuant, ce sont les dépenses telles que le cinéma et les repas au restaurant qui diminueraient et non celles consacrées aux produits alimentaires de base. Nous nous sommes dit que pour le système de santé, ce serait la même chose. Nous nous sommes dit que nos stratégies de contrôle auraient pour effet de réduire la fréquence d'utilisation du système de santé, les prestations disparaissant étant celles qui sont injsutifiées ou discrétionnaires.

Je vais maintenant vous citer des exemple qui prouvent que cette supposition est erronée. En effet, on s'aperçoit que les différents types de contrôle des coûts n'ont pas ce genre d'effet.

Je reviens d'abord à la documentation qui établit que la fréquence de certaines prestations varie considérablement selon les régions. Là encore, on pourrait supposer que les prestations extrêmement fréquentes sont également celles qui sont souvent injustifiées et que les prestations plus rares sont celles qui sont pratiquées le plus souvent à bon escient. Apparemment, ce n'est pas le cas. En effet, il semble qu'il y ait autant de prestations injustifiées dans les catégories rares que dans les catégories fréquentes. Dans tous les cas, la proportion se situe aux environs de 20 à 30 p. 100.

Si vous étudiez attentivement la question du contrôle des coûts, vous trouverez aux États-Unis des constatations importantes. On vous a peut-être déjà parlé de l'étude Rand sur l'assurance-santé, une étude témoin effectuée sur un vaste échantillonage de patients. Dans le cadre de cette étude, certaines personnes étaient soignées gratuitement. C'est peut-être une des rares occasions que les Américains ont eues de profiter d'un système semblable au régime de santé canadien. Les 500 patients environ qui ont été choisis au hasard pour figurer dans ce groupe qui devait bénéficier de soins gratuits se sont retrouvés dans un système très comparable à celui du Canada. À côté de cela, un autre groupe défrayait une partie des coûts, une partie des frais, dans le cadre d'un système de co-paiements semblable à celui que réclame pour le Canada les défenseurs de la privatisation.

Si l'on considère les niveaux d'utilisation, il est certain que le partage des coûts constitue un moyen très efficace de réduire l'utilisation. Si l'on considère que les patients soignés gratuitement ont 100 points d'utilisation, ceux du groupe qui partageaient les coûts avaient un facteur d'utilisation de 76, c'est-à-dire 25 p. 100 de moins. Par contre, si l'on considère la justification des admissions pour ces deux groupes, on s'aperçoit que, dans les deux groupes, le nombre des

[*Texte*]

by reducing utilization you are actually reducing some appropriate care. You will be depriving some people of appropriate care if all you do is introduce a user fee or a co-payment.

To give you a third example, in the U.S. again in medic-aid programs they have taken in a number of states to limiting the number of prescriptions. In a set of states where the prescriptions were limited to three per month, a natural experiment was done in the period before and after that introduction. They found again that not only was there a reduction in the ineffective and "of dubious benefit" prescriptions but the reduction was just as large in all of those effective and essential medications, and that was focused very much in the elderly and the poor as groups in that medic-aid population.

To give you a third example, another cost containment policy we often talk about is the idea of physician payment mechanisms: if only we could get rid of fee for service then the appropriateness of care would go up and we would contain costs. Well, we indeed probably do contain costs by removing fee for service as an incentive. Apparently we do not do very much for improving the quality of care, although, interestingly, we seem to have some effect on the quality of care by moving, for instance, to an HMO style of care, capitation payment. In that capitation payment you find that indeed the discretionary procedures as a proportion for procedures performed in a fee for service comparison was about 50%. In the HMO it was about 30%. So while you have reduced it, you have not done away with it.

Again, if you look at a comparison not of capitation but of salaried physicians, again fee for service, then the same finding accrues. Here the appropriateness of a particular procedure, in this case carotid endartectomy, was at a level of about 65% appropriateness for those who were on salary and 45% appropriateness for those who are on fee for service. So even a salaried position population was doing 35% of their carotid endartectomies for inappropriate indications.

• 2045

I would like to leave you with that as a sort of review of the research literature, to say we seem to have fairly good evidence to say that while it may be very important for us to contain costs in order to free up resources for alternative paths to health, that does not answer another significant concern that we have, which is the quality and appropriateness of the care that we deliver within our existing health care system.

I would conclude from that literature the following four conclusions. First, that medical care is imprecise, both in day-to-day conduct and in its relationship to the overall objective of producing health. Second, that physicians are frequently

[*Traduction*]

admissions non justifiées dépasse tout juste 20 p. 100. Autrement dit, en réduisant l'utilisation, on réduit également une partie des soins justifiés. Si vous vous contentez de mettre en place un système de partage des coûts de co-paiement, vous priverez certaines personnes des soins dont ils ont besoin.

Pour vous donner un troisième exemple, encore une fois aux États-Unis, dans plusieurs États, pour tenter de limiter les médicaments sur ordonnance, on a mis en place un programme d'aide médicale. Dans les États où les ordonnances étaient limitées à trois par mois, on a étudié la situation avant et après la mise en place de ce système. Là encore, on a constaté une diminution des médicaments inutiles ou d'une utilité douteuse mais la réduction était tout aussi importante pour les médicaments efficaces et essentiels et, dans cette population d'assistés médicaux, c'était surtout des personnes âgées et les pauvres qui faisaient les frais de cette situation.

Pour vous donner un troisième exemple, on parle souvent de mécanismes de rémunération directe des médecins, on se dit que s'il était possible de se débarrasser du système de rémunération à l'acte, il serait possible de réduire les coûts et d'éliminer les prestations non indispensables. Effectivement, il serait probablement possible de réduire les coûts en supprimant la rémunération à l'acte. Cela dit, cela n'améliorerait probablement pas beaucoup la qualité des soins mais il est intéressant de constater qu'avec un système de forfait par patient ou un système comme celui de la HMO (Health Maintenance Organization—Organisation de préservation de la santé—Régime de santé familial forfaitaire), la qualité des soins semble effectivement s'améliorer. Avec un système de forfait par patient, les procédures discrétionnaires diminuent de moitié par rapport à ce qu'elles sont dans un système de rémunération à l'acte. Dans le cas du système HMO, c'est environ 30 p. 100. On l'a donc réduit, mais ça ne disparaît pas complètement.

Là encore, si l'on compare la rémunération à l'acte non pas au forfait par patient mais à la rémunération salariale, les conclusions sont les mêmes. On a étudié une procédure donnée, l'endartectomie de la carotide, et on s'est aperçu que chez les chirurgiens salariés, l'opération se justifiait dans 65 p. 100 des cas et, chez les médecins rémunérés à l'acte, dans 45 p. 100 des cas. Par conséquent, même chez les salariés, 35 p.100 des endartectomies de la carotide étaient pratiquées dans des circonstances injustifiées.

Je viens de vous donner une vue d'ensemble de la recherche qui existe, et j'ajoute que tout semble indiquer que si nous avons d'excellentes raisons de limiter les coûts pour libérer les ressources qui sont nécessaires à d'autres options en matière de santé, cela ne règle pas un autre problème important, celui de la qualité et de la justification des soins assurés dans notre système actuel.

En terminant, on peut tirer quatre conclusions de tous ces exemples. Premièrement, que les prestations médicales sont imprécises, à la fois dans leurs applications quotidiennes et en ce qui concerne le rapport entre les soins et la santé,

[*Text*]

uncertain about what kind of diagnostic procedures or treatments are appropriate; that is to say, medicine is not a replicable and precise science in its day-to-day use, but it is a publicly funded endeavour with much discretion. Third, that studies consistently seem to show about 20% to 30% of care is inappropriate, sometimes dangerous and often wasteful. Fourth, that traditional cost containment proposals, such as user fees, explicit rationing, alternate ways of paying physicians, alternate ways of organizing care, such as HMOs, do not selectively reduce the inappropriate care or the poor quality care. Poor quality care continues to be just as much of a problem.

I would like to finish with what I think are some of the implications of this. While cost containment may be a catylyst for us to think about improved care, cost containment does not improve the quality of care and, in fact, may indeed worsen in aggregate the amount of appropriate care going on in the system.

We need better and more applied research on what is clinically appropriate care, to assist physicians in this endeavour. We need national co-ordinated efforts to synthesize and disseminate that research, which is no small task, by the way. To talk to practising physicians, their ability to be able to keep up with the research literature, with the numerous journals, the difficulties of translating what is good and bad evidence, is astoundingly difficult for them. So we need national co-ordinated efforts to synthesize and disseminate the research as practice guidelines.

In passing, I would note that for you as a committee, a significant issue for you to grapple with is, are these kinds of implications congruent with the massive reductions in funding that have recently been applied to the national health research and development program? These are precisely the kinds of activities that NHRDP was funded to engage in but is no longer capable of doing. As a researcher, much of my research has been funded by NHRDP. I have been incapable and will be incapable for approximately 24 more months of obtaining any research funds from that which was previously my major source of research funds to do this kind of work.

We need a changed orientation across the entire medical profession from "when in doubt, do" to "when in doubt, do not". That is a major and profound change across all of that profession. Again, is that congruent with the relative size of funding increases across the Medical Research Council, on the one hand, producing these potential interventions, and the NHRDP on the other hand, investigating how best to utilise them within our health care system? On the one hand

[*Translation*]

notre principal objectif. Deuxièmement, très souvent les médecins ne sont pas certains de savoir quel diagnostic ou quel traitement s'impose dans un cas particulier. Autrement dit, la médecine n'est pas une science exacte et précise dans ses applications quotidiennes, mais c'est tout de même une entreprise financée par l'État dans le cadre d'un système qui accorde beaucoup de discrétion aux médecins. Troisièmement, toutes les études semblent confirmer que les soins sont injustifiés dans 20 à 30 p.100 des cas environ, qu'ils sont parfois même dangereux et que très souvent ils constituent un gaspillage. Quatrièmement, que les propositions traditionnelles de contrôle des coûts, comme le système des frais d'utilisation, le rationnement, les différents systèmes de rémunération des médecins et d'organisation des soins, comme le système HMO, toutes ces propositions ne font pas diminuer sélectivement les coûts des soins injustifiés ou de mauvaise qualité. La qualité des soins reste tout aussi problématique.

Pour terminer je vais vous expliquer quels sont à mon avis les implications de cette situation. La nécessité de limiter les coûts pourrait fort bien nous servir de catalyseur et nous forcer à réfléchir à la façon d'améliorer les soins, mais en soi, le contrôle des coûts n'améliore pas la qualité des soins et dans certains cas, c'est même l'inverse qui se produit dans l'ensemble du système.

Nous avons besoin de poursuivre et d'améliorer la recherche appliquée sur les soins appropriés sur le plan clinique, c'est le seul moyen d'aider les médecins dans ce domaine. Nous devons coordonner au niveau national nos efforts de synthèse de ces résultats, et nous devons les faire connaître, ce qui, soit dit en passant, n'est pas une mince tâche. Si vous parlez à des médecins pratiquants, vous constaterez qu'ils ont d'énormes difficultés à se tenir au courant de la recherche, à lire les nombreux journaux qui paraissent et à faire la part des conclusions solides et de celles qui le sont moins. Nous devons donc coordonner nos efforts, faire la synthèse de cette recherche, la traduire en directives et la faire parvenir aux médecins.

Soit dit en passant, votre Comité doit se poser une question importante, comment ces implications sont-elles compatibles avec les grosses coupures pratiquées récemment dans le financement de la recherche et du développement dans le domaine de la santé nationale? C'est la tâche qui avait été confiée au PNRDS, une tâche qu'il n'est plus en mesure d'accomplir. En tant que chercheur, j'ai très souvent été financé par le PNRDS. Depuis quelque temps, et c'est une situation qui se poursuivra pendant environ 24 mois encore, je n'ai pas réussi à obtenir des fonds de ce programme qui constituait jadis ma principale source de financement.

Il faut changer la tendance dans toute la profession médicale et remplacer «dans le doute, agis» par «dans le doute, abstiens toi». Pour toute la profession, cela va représenter un changement profond. Là encore, est-ce que c'est compatible avec les augmentations relatives de financement du Conseil de recherches médicales d'une part qui s'intéresse à de nouvelles interventions possibles, et les activités du PNRDS qui, pour sa part, se demande quel est le

[*Texte*]

we are encouraging more and more of those kinds of interventions, and on the other hand we are removing funds that will enable us to cogently investigate how best to use them within the health care system.

This I think is probably the major point I would like to make to the committee today: there is a major increased role and explicit pressure on the current medical self-regulatory structure of medicine that through the colleges of physicians and surgeons across this country most governments have provided a mandate for the assurance of the quality of care. Most colleges have interpreted this to ensure the competence but not necessarily the performance. In other words, competence means the potential to perform but not the actual performance of good quality care by individual physicians.

A second component is the assessment of what the contribution of the medical profession at large, not as individuals, is making to the overall health of the population. At the present time we have nobody making that assessment. Medical care is the principal and primary expenditure of our health care system, yet we have no formal mechanism to assess what the impact of the medical profession on the health of our population is. That role, it seems to me, lies squarely, having provided self-regulatory status to the medical profession, with the medical profession.

• 2050

Finally, I think what we have to be looking at is for governments to be providing an extremely explicit mandate to the medical profession, making a request of them, publicly and explicitly, to come to governments and say what is it that you need us to provide, in resources, in data systems, in research, to enable you to do a much better job than you have historically done in assuring the quality of the care that is delivered to the population? I think I will finish on that note.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Lomas. Certainly a great number of areas are of interest to the committee, and will no doubt raise some questions.

Mrs. Clancy: I am just not sure after this if I am going to be able to talk at 9.30 p.m. I know if I had told you that ahead of time, you might have changed your mind.

Gentlemen, I thank you very much for your presentation. I guess I would like to begin by asking you if you think there is an answer to the final question you posed, Dr. Lomas, a solution that can be designed. If we ask the members of the medical profession to come to government to tell us what they want, is it possible...? Obviously it is possible over evolution and development and everything else. The problem appears to be very large at the moment, looking within our own system here in Canada, looking within your own system in the United States, Dr. Marmor. Do we have experts in the field who can give us a model of what is the right way? Now, we have heard at this committee all sorts of people who say this is part of the solution, this is part of the solution, this is part of the solution, but can we fit the pieces of that jigsaw together?

Dr. Marmor: We are not going to agree on this question—

[*Traduction*]

meilleur moyen de les utiliser dans le cadre de notre système de santé? D'un côté nous encourageons la multiplication de ce genre d'interventions mais d'un autre côté, nous supprimons le financement qui nous permettrait d'étudier la meilleure façon de les utiliser dans le cadre du système de santé.

C'est probablement le message principal que je vous apporte aujourd'hui. La plupart des gouvernements de ce pays font des pressions sur les structures d'auto-réglementation de la médecine, les collèges de médecins et de chirurgiens de tout le pays, pour qu'ils s'intéressent de plus en plus aux normes de qualité des soins. Pour la plupart des collèges, cela met l'accès sur la compétence, mais pas forcément sur l'action. Autrement dit, la compétence c'est le potentiel d'action mais ce n'est pas l'acte posée par les médecins lorsqu'ils offrent des soins de qualité.

Il y a un autre élément, l'évaluation de la contribution des médecins, non pas à titre individuel, mais globalement, à la santé générale de la population. Pour l'instant, personne ne cherche à déterminer cela. La principale dépense de notre système de santé, ce sont les soins médicaux et pourtant, nous n'avons pas de mécanisme qui permette d'évaluer officiellement l'influence de la profession médicale sur la santé de la population. À mon avis, la profession médicale s'étant dotée d'un organisme d'auto-réglementation, c'est certainement à elle de relever ce défi.

Enfin, les gouvernements doivent confier à la profession médicale une tâche explicite, lui demander publiquement et explicitement d'annoncer ce dont elle a besoin, sous forme de ressources, de système de données, de recherche, ce dont elle a besoin pour mieux accomplir sa tâche et pour assurer la qualité des soins qu'elle met à la disposition de la population. Je vais terminer sur cette note.

Le président: Merci beaucoup, docteur Lomas. Vous avez abordé beaucoup de sujets qui intéressent le comité et je suis certain qu'il y aura des questions.

Mme Clancy: Après cela, je ne sais pas si je réussirai à parler à 21h30, mais si je vous l'avais dit d'avance, vous auriez peut-être changé d'avis.

Merci messieurs, merci beaucoup pour vos exposés. Pour commencer, docteur Lomas, je vais vous demander si, à votre avis, il y a une réponse à la question que vous avez posé à la fin, s'il existe une solution? Si nous demandons aux membres de la profession médicale de venir nous dire ce qu'ils veulent, est-il possible...? De toute évidence, en ce qui concerne l'évolution, le développement, et tout le reste, c'est possible. À l'heure actuelle, les problèmes de notre système, ici au Canada, semblent importants de même qu'ils sont importants dans votre système aux États-Unis, docteur Marmor. Y a-t-il des experts qui pourraient nous donner un modèle de la solution idéale? Beaucoup de gens sont venus nous voir et nous ont dit: voilà un élément de solution, voilà un autre élément de solution, voilà un troisième élément, mais comment pouvons-nous assembler ce puzzle?

M. Marmor: Nous ne serons pas d'accord sur cette question...

[*Text*]

Mrs. Clancy: That is okay. There is a lot of disagreement around this table from time to time.

Dr. Lomas: I think that the issue is fairness, really, in searching for a solution. As a public policy, we long ago established that the medical profession in this country had the right of autonomy over its clinical freedom.

The medical profession has just started to realize that there was a big difference between entrepreneurial freedom and clinical freedom. And I think very much the outcome of the Canada Health Act debates was the distinction between those two concepts, which to that time I believe had been considered one. In other words, if you had clinical freedom you had entrepreneurial freedom. I think the distinction has become clear, and in my dealing with colleges of physicians and surgeons across the country I am extremely encouraged at the extent to which the majority of colleges in most of the provinces are hated to the *n*th degree by medical associations. That tells me that they are doing the right thing, because colleges are representatives of the public and agents for the public, medical associations are representatives for the profession and are agents of the profession, and by definition, they should not get on with each other.

So I am encouraged by the fact that colleges have taken on a role that says our role is not protection of entrepreneurial freedom; our role is the maintenance of clinical freedom and clinical autonomy. To the extent that is seen as an urgent priority by the medical profession, and to the extent that there are indeed some models available for how to achieve improvements, I would have to say the data I have given you for Canada are certainly no worse, and in some cases they may be better than the United States and other countries. This is not a Canadian phenomenon. This is a world-wide phenomenon.

In the work I have done in international health I find the same. In fact in many of the developing countries one of the astounding atrocities that is committed is the amount of resources that go on very expensive, inappropriate care in countries that hardly have the resources to immunize their population. So in that sense Canada may well in fact be one of the best at the moment.

• 2055

I think we do have some models available. This is something I have been working with for enough years that I could probably spend most of the rest of our time until 10 p.m. describing some of the details. I have provided some material to the committee previously and this evening. I would be happy to provide some other material.

The kinds of models we should be working on are models that are co-operative with the medical profession in achieving that task. But, and I think this is a large but, the medical profession has to treat it urgently, because I would not blame you as policymakers, more likely provincial government policymakers, from taking the role on in a direct regulatory way, as they have in the United States already, if after a few years we see no activity that says we are taking this on as a responsibility.

[*Translation*]

Mme Clancy: Ça ne fait rien, nous aussi nous sommes loin d'être toujours d'accord.

M. Lomas: Cette recherche d'une solution est en réalité une question d'équité. Notre politique publique a établi il y a longtemps que notre profession médicale devait jouir d'une grande liberté clinique.

La profession médicale commence tout juste à se rendre compte qu'il existe une grande différence entre liberté d'entreprise et liberté clinique. Je pense que le débat sur la Loi canadienne de la santé s'est établi en grande partie sur cette distinction entre deux principes qui, à l'époque, étaient considérés comme un principe unique. Autrement dit, liberté clinique supposait forcément liberté d'entreprise. La distinction est devenue évidente lorsque je discute avec mes collègues médecins et chirurgiens d'un peu partout dans le pays, je suis heureux de constater à quel point les associations médicales détestent la majorité des collèges. J'en conclus qu'ils font bien leur travail, car les collèges représentent le public, ils sont là pour défendre les intérêts du public, les associations médicales, par contre, représentaient la profession et sont là pour défendre les membres de la profession. Par définition, ces deux parties ne doivent pas s'entendre.

Je constate donc avec plaisir qu'aujourd'hui les collèges déclarent qu'ils ne sont pas là pour protéger la liberté d'entreprise, mais bien pour préserver la liberté clinique et l'autonomie clinique. Dans la mesure où la profession médicale considère que c'est une priorité absolue, dans la mesure où des modèles d'amélioration existent, je peux certainement vous dire que les données canadiennes que je vous ai citées ne sont pas plus mauvaises que celles des États-Unis et d'autres pays, que dans certains cas, elles sont probablement meilleures. Ce n'est pas un phénomène canadien, c'est un phénomène international.

Chaque fois que j'ai étudié ce qui se passait sur la scène internationale, j'ai fait les mêmes constatations. En fait, dans beaucoup de pays en voie de développement, une des atrocités renversantes réside dans la quantité de ressources que l'on consacre à des soins coûteux et inutiles dans des pays qui ont tout juste les moyens de vacciner leur population. Sur ce plan-là, il est possible que le Canada soit l'un des pays les mieux placés à l'heure actuelle.

Je pense que nous avons des modèles à vous donner. Je travaille avec ces modèles depuis si longtemps que je pourrais probablement consacrer tout le temps qui nous reste, jusqu'à 10 heures, à vous en parler en détail. J'ai d'ailleurs donné de la documentation au comité, par le passé et encore ce soir. Et je serai heureux de vous fournir encore d'autres documents.

Nous devons retenir le genre de modèle qui prévoit une coopération avec la profession médicale si nous voulons réaliser l'objectif. Toutefois, et j'exprime là une réserve fondamentale, la profession médicale doit considérer la question urgente car, comme décisionnaires, et en fait c'est encore plus vrai des décisionnaires provinciaux, je ne vous en tiendrai pas rigueur et si après quelques années, nous voyons que rien ne se fait, vous décidiez d'assumer cette responsabilité et d'intervenir directement en promulguant une règlementation, comme on l'a déjà fait aux Etats-Unis.

[*Texte*]

Dr. Marmor: I do not disagree dramatically with that. I would just urge caution in a couple of areas, and I do not want to argue against Jonathan. The reason I would urge caution is the following. I think it is an important distinction between care that is harmful, care that has minimal benefit and care that has substantial benefit. I think we are going to do much better in sorting out care that is harmful and getting agreement on it, and we will have a much harder time with care that has some benefit but is very expensive in relationship to it.

The description you have heard today was ineffective or doubtful. What about the marginally effective that is very expensive? That is very tough. That is the first point. I just urge some caution here. To put it another way, what counts as waste is not so easy at the margins to sort out, and you ought to start with something at the extreme and stop holding out the good as the enemy and holding out your hopes for something that will sort it out perfectly.

Secondly, beware of misleading demands for entrepreneurial research. I do not associate this with the Canadian researchers, but I very much do in the United States. I associate them with the claim that if we only sorted out the evaluation of medical care, we would have cost containment solved. This seems to me errant, patent nonsense. Cost containment, to the extent we have seen it around the world, has not been accompanied by a sharp distinction between effective care, wasteful and not wasteful care. It arises from other structures of government in bargaining. So watch out for this enormous tendency south of the border to generate scientific panaceas that will allow you to avoid the struggle over resources.

I would end with the judgment that Jonathan is correct in sharply distinguishing between the economic choice of how big the pie is and the activity within the pie. The structures that generate limits on the pie are not the same ones that generate selection among those activities within the pie.

Those are perhaps too general. Maybe you want to press a little harder. I can assure you that over the next five years you will get a steady stream of researchers, unlike Jonathan, asserting that a panacea lies in the evaluation of medical effectiveness. It does not. What lies there are opportunities for engaging the profession in doing the profession's scientific work as against its economic work, and that is a distinction that the best people in the medical profession already know. The job of government is to embrace them in that capacity.

It is clear to me that no dean has ever appreciated my full worth. It is absolutely the case. No matter what they say about my performance in my job, they have never appreciated me. It never occurred to me to think that what they pay me is the full measure of what I am worth, and that confusion, I think, is an important one to avoid.

[*Traduction*]

M. Marmor: Je ne suis pas en désaccord avec ces propos. Toutefois, j'aimerais vous mettre en garde en ce qui concerne quelques domaines, sans pour autant contredire ce qu'a avancé Jonathan. Si je vous mets en garde, c'est pour la raison suivante. Je pense qu'il faut faire une distinction importante entre les soins nuisibles, les soins légèrement bénéfiques et les soins très bénéfiques. Je pense qu'il est plus facile de faire une distinction et de nous entendre sur ce qui constitue des soins nuisibles alors qu'il sera beaucoup plus difficile de nous entendre sur les soins qui comportent certains effets bienfaisants tout en étant extrêmement coûteux.

La description que nous vous avons donnée aujourd'hui était celle de soins inefficaces ou d'une efficacité douteuse. Mais que penser des soins peu efficaces et extrêmement coûteux? C'est très difficile. C'est le premier aspect au sujet duquel je tiens à vous mettre en garde. Autrement dit, le traitement inutile n'est pas aussi facile à déceler que celui dont les effets sont marginaux; il faudrait commencer par se prononcer sur les extrêmes, cesser de considérer le bien comme l'ennemi et cesser d'espérer que tout va s'arranger à la perfection.

Deuxièmement, attention aux demandes trompeuses de recherche privée. Ce n'est pas le fait des chercheurs canadiens mais bien des chercheurs américains. Ces derniers prétendent que si seulement nous pouvions trouver une façon d'évaluer les soins de santé, nous règlerions le problème de la compression des coûts. Or d'après l'expérience mondiale, la compression des coûts n'a pas été accompagnée d'une distinction précise entre les soins efficaces, les soins inutiles et les soins utiles: cette distinction découle plutôt des autres structures de négociation au sein d'un gouvernement. Prenez bien garde à cette tendance marquée qui prévaut au Sud et qui fait miroiter une panacée scientifique qui vous permettrait d'échapper à la controverse qui entoure la répartition des ressources.

Je terminerai en disant que Jonathan a raison de faire une distinction très claire entre le choix économique sur la taille de l'assiette et les activités à l'intérieur de cette assiette. Les structures qui imposent des limites à cette assiette ne sont pas celles qui permettent de faire un choix entre les activités à l'intérieur de cette assiette.

C'est peut-être trop général. Vous voulez peut-être plus de précision. Je peux vous assurer qu'au cours des cinq prochaines années, vous verrez une foule de chercheurs qui, contrairement à Jonathan, affirmeront que la panacée, et, c'est l'évaluation de l'efficacité médicale. Or, ce n'est pas le cas. Ce qui existe, c'est la possibilité d'encourager la profession à s'adonner à sa tâche scientifique plutôt qu'à un travail économique, distinction que les meilleurs au sein de la profession médicale connaissent déjà. Le gouvernement doit les voir sous ce jour.

Je sais clairement qu'aucun doyen de faculté ne m'a jamais apprécié à ma pleine valeur. C'est tout à fait le cas. Quoi qu'il ait dit de ma performance, ils ne m'ont jamais vraiment apprécié. Je n'ai jamais considéré que ce que l'on me payait représentait la pleine mesure de ma valeur; or c'est justement cette confusion qu'il faut éviter.

[*Text*]

Mrs. Clancy: Absolutely. Having been a faculty member myself, I understand exactly what you are getting at.

Dr. Lomas: I think it is really important that you do get the distinction. I am not saying cost containment is a bad idea. I am saying there are two things to do. Cost containment is one. A second is quality of care. One does not produce the other.

Mrs. Clancy: Thank you very much. I will press hard in a different direction. It struck me when you spoke about appropriateness of care or appropriateness of procedures. Is it a coincidence that three of the four treatments you spoke about relate solely to women?

Dr. Lomas: I think it probably is. That tends to reflect my own research interest. Those are areas in which I have done research.

Mrs. Clancy: It tends to reflect my paranoia.

Dr. Lomas: It likely is the case that because women are higher contact agents with the health care system than men, in aggregate, women suffer more inappropriate care than men do. I would not say that it is wrong, but I do not think it is very easy to make an agenda argument that reflects that only females get inappropriate care and males do not.

• 2100

Dr. Marmor: Hysterectomies are done distinctively for women—

Mrs. Clancy: No, but that is the only one, gentlemen, with the greatest of respect—

Dr. Marmor: No, but it was in that procedure—

Dr. Lomas: Coronary artery bypass surgery is done a lot more on men than on women, and that was another example. I can go through most of the procedures and in fact find probably some that almost... Prostatectomy is not a female procedure as far as I know—

Mrs. Clancy: No.

Dr. Lomas: —and prostatectomy is another one where these same kinds of inappropriateness data can be found. As I said, those were examples, and it is purely chance that I seem to have selected ones that focus on women.

Mrs. Clancy: We shall perhaps let that unfold under a separate cover.

You were talking about the publication of *Second Opinion*, and you talked about the interest on both sides of the border in the whole question. We have heard a great deal about user pay and about the cost of medical care in the two countries. Do you have any comment on something I have heard a great deal of, not so much here at the committee but from members of the medical profession in my own riding...? One of the things I have heard is that in the United States there is a disproportionate, at least on a per capita basis vis-à-vis Canada, number of internists practising medicine in the United States, whereas there are more family practitioners in Canada and the costs consequently of the higher level of education of practitioners in the United States are driving up some costs.

[*Translation*]

Mme Clancy: Tout à fait. Ayant moi-même fait partie du corps professoral d'une université, je comprends très bien ce que vous voulez dire.

M. Lomas: Je pense qu'il est très important que vous compreniez cette distinction. Je ne prétends pas qu'il ne faille pas réduire les coûts. Je dis simplement qu'il y a deux aspects. D'une part il faut limiter les coûts, et d'autre part il faut se pencher sur la qualité des soins. L'un n'entraînera pas l'autre.

Mme Clancy: Merci beaucoup. Je vais maintenant me lancer dans une autre direction qui m'est venue de l'esprit en vous entendant parler de soins ou de procédures qui sont appropriés. Est-ce par hasard que trois des quatare traitements que vous avez cités en exemple ne sont donnés qu'aux femmes?

M. Lomas: Probablement c'est le reflet de mon propre domaine, de mes propres recherches.

Mme Clancy: C'est le reflet de ma paranoïa.

M. Lomas: Fort probablement, parce que les femmes sont plus souvent en contact avec le régime de santé que les hommes, dans l'ensemble, elles subissent un plus grand nombre de traitements inappropriés que les hommes. Je ne prétends pas que c'est faux, mais je ne pense pas que l'on puisse facilement faire valoir que seules les femmes reçoivent des soins qui ne leur conviennent pas.

M. Marmor: Il n'y a que les femmes qui subissent des hystérectomies...

Mme Clancy: Non, mais c'est le seul traitement, messieurs, vraiment...

M. Marmor: Non, toutefois c'est dans le cadre de ce traitement...

M. Lomas: Un nombre beaucoup plus grand d'hommes que de femmes subissent des pontages aortocoronariens, et c'était un autre exemple. Je pourrais dresser la liste de tous les traitements et on trouverait probablement que certains sont presque... La prostatectomie n'est pas, que je sache, un traitement de femmes...

Mme Clancy: Non.

M. Lomas: ...et la prostatectomie est un autre exemple de traitements inappropriés, d'après les données. Comme je l'ai dit, ce ne sont que des exemples et c'est pure coïncidence si je semble en avoir choisi qui sont surtout des traitements de femmes.

Mme Clancy: On en reparlera peut-être une autre fois.

Vous nous avez parlé de votre ouvrage, *Second Opinion* et vous nous avez parlé de l'intérêt que suscite cette question des deux côtés de la frontière. Nous avons beaucoup entendu parlé de ticket modérateur et du coût des soins de santé dans les deux pays. Or, j'ai beaucoup entendu parlé, non pas ici au comité, mais des médecins dans ma propre circonscription, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez...? On me dit qu'aux États-Unis, par habitant, il y a un nombre disproportionné d'internistes alors qu'au Canada, il y a un plus grand nombre de médecins de famille et que par conséquent, il est beaucoup plus coûteux de faire la formation des médecins aux États-Unis.

[*Texte*]

Dr. Marmor: That is one of the contributors. It is the case that American medicine is more specialized in its training than Canadian medicine. That is true, but if you look at the last 20 years as a natural experiment between Canada and the United States and start in 1970–71, there is no difference between Canadian expenditures and American expenditures, yet the specialty ratios were different then too.

It is very hard to use a constant to explain variation. It is a contributing pressure for sure, because specialists feel that they have, as inflation rises, a claim on resources relative to their less educated, less trained personnel, and they feel some authority in that.

If I were asked to give an explanation of why it is that Canadian medical care costs less than the United States and has done so over the past 20 years and did not for the 40 years beforehand, I sure would not pick that as a major one. I would use that as an example of obscurantism in the discussion of the subject—

Mrs. Clancy: I will tell the doctors you have said that to me.

Dr. Marmor: Why should we expect doctors to be expert in that? I would not want my physician to spend a lot of time on the relative explanation of cost differences between Canada and the United States. I just wish they would say so, that they have no relative expertise on that question and have an interest just the way I do.

Even if you do not want to be self-congratulatory in a Canadian form of modesty, it is worth reminding yourselves that you have more hospital days per capita than we do. It is worth reminding yourselves that you have more visits per capita for physicians than we do, whether they are appropriate or inappropriate, and you distribute the basic care more widely and less in relationship to income than we do.

The answer to why there is such a difference has a lot more to do with the spread of technology and a lot more to do with pay rates, with real things, the political struggle over who is paid what for what, and you cannot avoid that fact. If you want me to illustrate I can, but that is the area of really substantial difference, and you see it—and I have left a paper here that illustrates it—very much in the per capita utilization of very high technology medicine, and you see it very clearly in relative payment rates per physician per procedure in the United States and Canada. Let us say a dramatic example would be the pay in Toronto for open heart surgery versus the pay in Chicago for roughly comparable populations. It is a ratio of something like three to one.

Mr. Karpoff: You have touched on many of the issues we are trying to grapple with. As other people have mentioned, we have had a number of different submissions, some of which are contradictory.

• 2105

Dr. Marmor: What could they possibly be?

[*Traduction*]

M. Marmor: C'est un des facteurs. En effet, la médecine américaine est plus spécialisée, au niveau de la formation, que la médecine canadienne. Si l'on considère les 20 dernières années comme une expérience naturelle entre le Canada et les États-Unis, si l'on remonte à 1970–1971, on constate qu'il n'y a aucune différence entre les dépenses au Canada et les dépenses aux États-Unis, et pourtant, les pourcentages de spécialisation étaient différents à l'époque aussi.

Il est très difficile d'isoler une constante pour expliquer une variation. C'est un facteur qui y contribue, certainement, puisque les spécialistes estiment, lorsque l'inflation augmente avoir un plus grand droit aux ressources que leur personnel moins instruit et moins spécialisé.

Si je devais expliquer pourquoi les soins de santé coûtent moins cher au Canada qu'aux États-Unis, et pourquoi c'est le cas depuis 20 ans alors que ce n'était pas le cas pendant les 40 années précédentes, je ne pense pas que je retiendrais ce facteur comme étant primordial. J'y verrais plutôt un exemple d'obscurantisme dans tout ce débat...

Mme Clancy: Je dirais à tous les médecins que vous l'avez dit.

M. Marmor: Pourquoi s'attendre à ce que les médecins soient des experts dans ce domaine? Je ne veux pas que mon médecin consacre beaucoup de temps à trouver une explication de la différence de coût entre le Canada et les États-Unis. J'aimerais plutôt que les médecins reconnaissent qu'ils n'ont aucune compétence dans ce domaine et s'y intéressent tout simplement au même titre que moi-même.

Même si vous ne voulez pas, à cause de la modestie traditionnelle canadienne, vous féliciter, vous ne devez pas oublier que vous avez plus de jours d'hospitalisation, par habitant, que nous. Il faut également vous rappeler que vous avez un plus grand nombre de visites chez le médecin, par habitant, que nous, que celles-ci soient nécessaires ou non, et que vous donnez les soins essentiels à un plus grand nombre d'habitants en vous préoccupant beaucoup moins que nous du revenu des patients.

Pourquoi y a-t-il une telle différence, eh bien c'est surtout à cause de la technologie et des honoraires, beaucoup plus à cause de la lutte politique sur qui doit payer pour quoi, impossible d'échapper à ce fait. Si vous voulez des exemples, je peux vous en donner, mais c'est là vraiment, la différence et d'ailleurs je vous ai apporté un document qui le démontre—c'est dans le recours à une médecine de haute technologie et cela apparaît aussi très clairement dans une comparaison des honoraires versés au médecin, par acte médical, aux États-Unis et au Canada. Un exemple très clair, ce qu'un médecin touche à Toronto comparé à Chicago où la population est à peu près la même, pour une intervention à coeur ouvert. C'est trois fois plus coûteux à Chicago.

M. Karpoff: Vous avez abordé de nombreuses questions que nous essayons de trancher. Comme d'autres l'ont mentionné, nous avons reçu un grand nombre de mémoires dont plusieurs sont contradictoires.

M. Marmor: De quoi pourrait-il s'agir?

[*Text*]

Mr. Karpoff: The thing this committee is trying to grapple with is that in one sense we are motivated by cost containment. If there were no concern about tax dollars being spent, I do not think people would worry if the doctor was inappropriately prescribing a few things or giving inappropriate treatment. But we are under a cost pressure and it seems to me that you have indicated that some of the solutions we are proposing—fee for service, changing the style of health care delivery—are not going to resolve this problem. You have also indicated that the question of whether the money is raised publicly or privately is irrelevant, if I understood right.

Dr. Marmor: Irrelevant is a little strong. I would say if it is raised in lots of different sources and spread out in a fractionated way, you will spend more.

Mr. Karpoff: Okay.

Dr. Marmor: That is important.

Mr. Karpoff: But what we are beginning to think is that if we could only, instead of having it government dollars, spin it off to industry, that somehow we will have reduced our total health care costs. The impression I am getting is that if you look at what can a country afford on absolute health care, what is their expectation, and then the question comes out: if the country can afford it, how do you raise the money? It really does not matter whether you raise that money privately or publicly, in the sense that it is not going to affect the total pie.

Dr. Marmor: I think this is an area where it is really important to be careful and maybe we have not been. I think Jonathan and I are on all fours on this one. In judging the value for money that a society gets for its expenditure on health care, it does not make twiddly dee or twiddly dum where it comes from, you ask what do they get for the expenditures.

Mr. Karpoff: Right.

Dr. Marmor: But yes, indeed, it does make a difference as to how you institutionally organize the payment for medical care. In the connection between the financing sources and the payment, the one generalization that I would make that 90% of the health policy analysts in the world would agree to, with most of the 10% lying south of the border who would disagree with this, the one proposition they would agree with is this: that if you bargain with the medical profession in the hospital world in the form of bilateral bargaining, with payment on the one side and delivery on the other, you are far more likely to restrain the overall expenditures than you will if you have it emerge and decentralize partial funding of the kind we have in the United States.

If that is not true, how do you explain that after the last 15 years of worry about cost containment, the United States is the only country in the OECD world that has failed completely to get its costs under control? It is not because it has not been concerned about it, but because it is attacking the problem with both hands tied behind its back and its mouth open complaining about its inability to get the job done.

[*Translation*]

M. Karpoff: Notre Comité essaye de surmonter le fait que, d'une certaine manière, nous sommes motivés par la compression des coûts. Si l'on ne se préoccupait pas des deniers publics que nous dépensons, je ne pense pas que l'on s'inquiéterait du fait qu'un médecin a prescrit des médicaments ou des soins inappropriés. Toutefois les coûts nous inquiètent et il me semble que vous avez laissé entendre que certaines des solutions que nous préconisons—le ticket modérateur, un différent type de mécanismes de soins de santé—tout cela ne résoudra pas le problème. Vous avez également dit que la question de savoir si l'argent provient du secteur public ou privé, est pas pertinente.

M. Marmor: Pas pertinente, c'est un peu fort. Je dirais plutôt que si l'argent provient de nombreuses sources différentes et qu'on le dépense ici et là, cela coûtera plus cher.

M. Karpoff: Très bien.

M. Marmor: C'est important.

M. Karpoff: Nous commençons à nous dire que si seulement, au lieu de dépense l'argent du gouvernement, nous pouvions nous en remettre à l'industrie, nous pourrions ainsi réduire la facture globale pour les soins de santé. J'ai l'impression que si l'on regarde ce qu'un pays peut s'offrir, en termes absolus, comme soins de santé, ses attentes, il faut se demander: si le pays peut se l'offrir, où trouver l'argent? Cela n'a pas d'importance que l'argent vienne du secteur privé ou du secteur public, en ce sens que la source n'a pas d'incidence sur l'assiette totale.

M. Marmor: Je pense qu'il faut faire très attention, ce que nous n'avons peut-être pas fait. Je pense que Jonathan et moi-même sommes tout à fait du même avis à ce sujet. En évaluant ce que retire une société des sommes consacrées aux soins de santé, la source du financement n'a pas la moindre importance, il faut se demander ce que l'on obtient pour cet argent.

M. Karpoff: Parfaitement.

M. Marmor: Toutefois, la structure mise en place pour payer pour les soins de santé fait une différence. En examinant le lien entre les sources de financement et les paiements, je pense pouvoir généraliser et dire tout comme 90 p.100 des analystes de politiques de santé du monde et même peut-être les 10 p.100 au sud qui ne seraient pas de cet avis, tous conviendraient que: si l'on négocie avec la profession médicale dans le cadre de négociations bilatérales, et si l'on oppose les paiements et la prestation de services d'autre part, on a de bien meilleures chances de limiter l'ensemble des dépenses que si l'on décentralise le financement comme on l'a fait aux États-Unis.

Si ce n'était pas le cas, comment expliquer qu'après 15 ans d'inquiétude sur la compression des coûts, les États-Unis sont les seuls des pays de l'OCDE à avoir tout à fait échoué dans leurs tentatives de juguler les coûts? Ce n'est pas qu'on ne se soit pas préoccupé de la question, mais parce qu'on a dû s'attaquer au problème les deux mains liées derrière le dos et qu'il ne reste que la possibilité de se plaindre qu'on est incapable de faire quoi que ce soit.

[*Texte*]

That is my strong statement, not only about the United States but about the rest of the world. I would find it just pathetic, frankly, if a country like Canada, which has had so much of an opportunity to see this lesson comparatively, was misled by the propaganda that is put forth with perfectly understandable reasons that would say that when you get someone else to pay for it, it does not really cost anything to you and you should be indifferent to it.

Dr. Lomas: Let me raise another very important aspect. There is a whole series of side effects of opening up the private funding route for health care. One of the most compelling ones—and rather than list them all, let me just list what for me is one of the most compelling ones—is that when you look at the experience of other countries that allow physicians to be both private and public, if you allow hospitals or physicians to practise in both the public sector and the private sector, a consistent finding from Israel, from the United Kingdom, from almost any country that has this, is that you are providing an extremely strong incentive for there to be queues, very long queues in the public sector. The incentive is for the physician to be able to establish a queue in the public sector and then say "If you want to get your hip replacement in less than three months, come and see me in the afternoon in my private office". That is consistently an observation in all systems where physicians are allowed to practise both publicly and privately.

As soon as you start to allow the private sector component to go in and mix with the public sector component, you not only lose a lot of the capacity and freedom to be able to do the sort of cost containment from a central level that we have talked about, you also lose the ability to be able to control the access to the public system. I think that is one of the issues that we decided in the Canada Health Act. Surely that was what that debate was all about, that we wished not to have two kinds of care. So I would strongly speak, not from a personal opinion but from the imputed values of the Canadian population, against the idea of opening that kind of thing up.

• 2110

Mr. Karpoff: I would agree. One of the other parts of the equation you have not addressed in this whole question of affordability and even appropriateness is the expectation of the public and the demands they place on the health care system for certain types of health care. If you decide you want something, you will shop around until you find a physician who will give it to you.

The second part, and they are not totally related, is that you talk about a national effort to analyse and give information to physicians. I have an uneasy feeling when I talk to my friends who are physicians that the only national

[*Traduction*]

Je l'affirme catégoriquement, non seulement au sujet des États-Unis, mais des autres pays aussi. Très franchement, je trouve pathétique qu'un pays comme le Canada qui a la possibilité de profiter de cet enseignement se laisse induire en erreur par une certaine propagande, et c'est tout à fait compréhensible, voulant que si quelqu'un d'autre paye, cela ne vous coûte vraiment rien et donc vous n'avez pas à vous en préoccuper.

M. Lomas: Permettez-moi d'aborder un autre aspect très important. Le recours au financement privé des soins de santé ouvre la voie à de nombreux effets secondaires. L'un des plus intéressants—et je ne vais pas les énumérer tous, permettez-moi simplement de parler du plus intéressant—quand on examine l'expérience d'autres pays où l'on permet que les médecins fassent de la pratique privée et de la pratique publique et si on permet aux hôpitaux et aux médecins de travailler dans le secteur public et dans le secteur privé, on constate toujours, qu'il s'agisse d'Israël, du Royaume-Uni ou de presque n'importe quel pays où c'est le cas, que l'on encourage fortement les files d'attente, de très longues files d'attente dans le secteur public. Il est dans l'intérêt des médecins de créer des files d'attente dans le secteur public afin de pouvoir dire ensuite: «si vous voulez une nouvelle hanche en moins de trois mois, venez me voir cet après-midi dans mon cabinet privé». C'est toujours ce que l'on relève dans les régimes de santé où l'on permet aux médecins de faire et de la pratique privée et de la pratique publique.

Aussitôt que l'on permet un mélange du secteur privé et du secteur public, non seulement perd-t-on la capacité et la possibilité de juguler les coûts à partir du centre, mais vous perdez également la possibilité de contrôler l'accès à ce régime public de soins. Je pense que c'est l'une des questions que nous avions tranchées dans la Loi canadienne sur la santé. C'était justement sur cet aspect que portait le débat, sur le fait que nous ne voulions pas deux types de soins. Il me semble donc tout à fait contre-indiqué, non pas d'un point de vue personnel, mais d'après ce que je sais des valeurs de la population canadienne, de s'aventurer dans ce genre de chose.

M. Karpoff: Je suis d'accord. L'un des autres termes de l'équation dont vous n'avez pas parlé, dans toute cette discussion sur l'accessibilité des soins, et même leur bien-fondé, c'est le fait que la population s'attend à ce que le système de soins de santé lui assure certains types de soins. Si un patient décide qu'il veut quelque chose, il va faire la tournée des médecins jusqu'à ce qu'il en trouve un qui soit prêt à le lui donner.

Le deuxième élément, qui a un certain rapport avec le premier, c'est que vous avez parlé d'un effort national pour analyser l'information et pour la transmettre aux médecins. Quand je discute de cette question avec mes amis médecins,

[*Text*]

organizations that do that are drug companies. A tremendous amount of our health care system is driven by what is good for drug companies. The inappropriateness of the medical treatment is often driven by the great sale we have from the drug companies. I would like both of you to comment on that.

Dr. Marmor: I will take the first part and Jonathan will take the second part. I have to admit, though, and Jonathan may want to add because of this admission, that I do not feel on terribly confident ground in talking about the expectations point you raise. I think it is a very interesting one, but I do not think we know and understand very well this complex interaction between patient views and physician connections, where they come from those expectations, how powerful they are and how easily they can be turned off or on.

I think we can say that it is an extraordinarily convenient justification or excuse for any pattern or practice to say that patients demand it or shop around for it. I have two responses to that. One is if resources are constrained in type, then the competition takes place among physicians for access particularly to the expensive care. There we want to locate responsibility precisely where it ought to be, among professionals we are paying to exercise professional judgment.

You cannot say simultaneously that people are wasting their time giving care that patients want that doctors do not think is effective and say your resources are being strained. You then go back to the physician and say that is precisely the allocational decision they ought to be making. It seems to me not the right thing to do in medical care. It is a misreading of patient participation to say what is crucial is to do whatever the patient wants to have done. What is crucial is to be able to give a good reason why you are recommending and doing what you do. That would be the first point.

Secondly, the shopping around point is really an indictment of the profession and not an explanation of behaviour. Sure they are shopping around. Fee for service medicine encourages some shopping around. Students shop around for my courses too. They shop around for lots of things, but that never struck me as a reason to do something I did not think worth doing.

We have given in the medical care world, as we do in our world in education, tremendous discretion to doctors, as we give tremendous discretion to educators. That commensurate responsibility goes with it, not blaming the patient or the student for misleading advice or misleading activities. I would come down quite hard, frankly, on that explanation without denying that it produces pressure. It does. One of the reasons physicians are respected and well paid is that they have a

[*Translation*]

j'ai malheureusement l'impression que les compagnies pharmaceutiques sont les seules organisations nationales qui font cet effort. Notre système de soins de santé est régi dans une très large mesure par les intérêts des compagnies pharmaceutiques. Les traitements qui nous sont prescrits par les médecins, qu'ils soient appropriés ou non, sont souvent inspirés par les efforts de promotion de ces compagnies. J'aimerais savoir ce que vous en pensez tous les deux.

M. Marmor: Je vais répondre à la première partie de votre question et laisser la deuxième partie à Jonathan. Je dois toutefois admettre que je ne me sens pas très bien placé pour parler des attentes des patients; Jonathan voudra peut-être compléter ma réponse pour cette raison. Je pense que votre commentaire à ce sujet est fort intéressant, mais il me semble que nous ne comprenons pas très bien le lien complexe entre les idées du patient et les ressources du médecin; nous ne savons pas très bien d'où viennent ces attentes, ni jusqu'à quel point elles sont fortes et peuvent facilement être suscitées ou supprimées.

Il me semble que cette affirmation selon laquelle les patients demandent un acte médical donné et iront le chercher ailleurs au besoin constitue une excuse extrêmement pratique pour justifier n'importe quel acte médical, n'importe quel comportement. J'y répondrai de deux façons. Premièrement, si les ressources sont restreintes, il y a concurrence entre les médecins, en particulier pour les soins plus coûteux. Il faut donc imputer la responsabilité de cette situation aux véritables responsables, aux professionnels que nous payons pour exercer leur jugement professionnel.

On ne peut pas prétendre en même temps que les ressources sont restreintes et que les médecins perdent leur temps à donner aux patients des traitements qui leur semblent inutiles. Il faut bien faire comprendre aux médecins que c'est précisément cette décision qu'ils sont censés prendre, en ce qui concerne la répartition de ces ressources. Il me semble que cela ne devrait pas se faire en milieu médical. Le patient doit certes participer à son traitement, mais pas en exigeant que le médecin fasse tout ce qu'il veut. Ce qui est essentiel, c'est que le médecin puisse donner au patient de bonnes raisons pour lui expliquer ses recommandations et ses décisions. Voilà un premier point.

Deuxièmement, votre argument sur le fait que les patients font la tournée des médecins est en fait une condamnation de la profession, et non pas une explication du comportement de ces patients. Bien sûr, ils cherchent le meilleur médecin possible. Le système de paiement à l'acte les y encourage d'une certaine façon. Les étudiants qui choisissent mes cours ont eux aussi fait la tournée des professeurs. Ils «magasinent» pour beaucoup de choses, mais il ne m'a jamais semblé que c'était une raison suffisante pour me pousser à faire quelque chose que je juge inutile.

Dans le domaine médical, tout comme dans le domaine de l'éducation, nous avons laissé une très grande latitude aux médecins, tout comme aux éducateurs. Cette énorme responsabilité va de pair avec cette latitude et implique qu'on ne doit pas blâmer le patient ou l'étudiant mal informé. Bien franchement, cette explication est loin de me sembler satisfaisante, mais je ne nie pas que c'est une situation qui entraîne des pressions pour les médecins. Bien sûr. L'une

[*Texte*]

pressured and difficult task in society. Do you see what I am driving at?

Mr. Karpoff: Yes.

Dr. Marmor: As far as the drug companies, I will just say one word. Whatever Jonathan says about that is one thing. The other thing, though, is that no matter what you say about the drug companies, it is not the only force at work in driving this matter. It may be very powerful, but you need to think about other forces at work generating physician behaviour in other areas than drug prescription.

Dr. Lomas: I think you are totally accurate in saying these are related points. These are points that concern the provision of accurate, factual information about what actually is the relationship between health care, as provided by physicians in the specific example you are talking about, and health, the outcome we all want. None of us want to consume health care. All of us want health. The only reason we consume health care is to achieve health. So to the extent that our information directed at the physician and at the public is poor with regard to the nature of that relationship, we are falling down on the job.

• 2115

We have provided a monopoly to the medical profession. One of the first things that falls by the wayside when you provide a monopoly is information, information that is accurate and factual. We established a self-regulatory structure. Instead of a utility board like the CRTC, etc., who provide the information on behalf of the public to be able to make judgments with regard to the delivery of radio and television communications, in the case of medical care we have appointed the profession itself to make those kinds of judgments and to acquire that information.

I think it might well be the time now to start thinking much more seriously about whether or not the basis for the decision that this is expert information that no one else can understand is really true any longer. We have information technologists, and we have an infrastructure of research capability and communications capability that we did not have 50 years ago, 100 years ago, 150 years ago when that legislation was put in place. From the public's perspective of expectations, I think there is a major imperative for us to do better at communicating the nature of the relationship between health care and health than we are doing.

How many people in the public know that the probability of dying on the operating table from coronary artery bypass surgery is larger than the probability of dying on the waiting list for coronary artery bypass surgery? For everybody who reads the newspapers, you are only aware of the fact that you will die on the waiting list and you will live if you get an operation. But the facts of the matter are that if you look at the data for those individuals who go to coronary artery

[*Traduction*]

des raisons pour lesquelles les médecins sont respectés et bien payés, dans notre société, c'est qu'ils ont une tâche difficile à remplir et qu'ils sont soumis à toutes sortes de pressions. Vous voyez où je veux en venir?

M. Karpoff: Oui.

M. Marmor: En ce qui concerne les compagnies pharmaceutiques, j'aimerais simplement faire une brève observation. Jonathan peut bien dire ce qu'il veut, mais quoi qu'on dise des compagnies pharmaceutiques, elles ne sont pas les seules forces à l'oeuvre dans ce domaine. Elles sont peut-être très puissantes, mais il y a aussi d'autres forces en présence qui influencent sur le comportement des médecins dans d'autres domaines que la prescription de médicaments.

M. Lomas: Je pense que vous avez tout à fait raison de dire que ces deux points sont liés. Ils concernent tous deux la diffusion d'informations exactes et précises sur la relation réelle entre les soins de santé, qui sont fournis par les médecins dans l'exemple que vous avez cité, et la santé elle-même, qui est le résultat recherché par tout le monde. Personne ne veut consommer des soins de santé, mais tout le monde veut être en santé. La seule raison pour laquelle nous consommons des soins de santé, c'est pour être en bonne santé. Donc, dans la mesure où les médecins et le grand public sont mal informés au sujet de la nature de cette relation, nous ne sommes pas à la hauteur.

Nous avons accordé un monopole à la profession médicale. Or, l'une des premières choses qui est laissée de côté en cas de monopole, c'est l'information, une information exacte et précise. Nous avons établi une structure d'autoréglementation. Plutôt que d'avoir un organisme de réglementation comme le CRTC, par exemple, qui fournit de l'information au nom du public pour être en mesure de prendre des décisions au sujet de la diffusion des signaux de radio et de télévision, nous avons nommé dans la profession médicale des membres de la profession elle-même pour prendre ce genre de décisions et pour se procurer ce genre d'information.

Je pense qu'il serait maintenant temps de commencer à réfléchir beaucoup plus sérieusement à la question suivante: peut-on vraiment dire, encore de nos jours, que ces gens sont les seuls à pouvoir prendre ces décisions, puisqu'ils disposent d'informations spécialisées que personne d'autre ne peut comprendre? Nous avons maintenant des technologues de l'information, et nous disposons d'une infrastructure de recherche et de communication qui n'existait pas il y a 50 ans, 100 ans ou 150 ans, quand cette loi a été adoptée. Pour répondre aux attentes de la population, je pense qu'il est absolument essentiel que nous fassions davantage d'efforts pour faire comprendre la nature des liens entre les soins de santé et la santé elle-même.

Combien y a-t-il de gens, dans le grand public, qui savent qu'il y a plus de chances pour qu'un patient meure sur la table d'opération, pendant un pontage aorto-coronarien, qu'en attendant son opération? Quand on lit les journaux, il semble bien qu'on a toutes les chances de mourir quand on est sur la liste d'attente et plus de chances de vivre si l'on se fait opérer. Mais en réalité, si l'on regarde les statistiques relatives aux pontages aorto-coronariens, le taux de mortalité

[*Text*]

bypass surgery, the mortality rate on the operating table is between 3% and 5%; and if you look at the average mortality rate of those sitting on the waiting list, it is less than 3% or 5%. Now, that is slightly misleading. I do not want to leave you with that, from an epidemiologic perspective, because obviously if you left them without the surgery forever the mortality rate may well exceed that.

Dr. Marmor: The reason they are on the table has something to do with the urgency of the intervention.

Dr. Lomas: Unfortunately it is only sometimes thus.

Dr. Marmor: But it is a better guess.

Dr. Lomas: It is nevertheless that type of information that does not get out to the public. The kind of information that gets out to the public portrays the health care system and medical care interventions as always being lifesaving. The majority of medical care—and I do not even need to check with your physician colleagues on the committee, because they know—does not save lives. The majority of medical care, if it is delivered appropriately, improves the quality of life. It alleviates suffering and it puts people back into action sooner rather than later, but it does not save lives most of the time. Yet that is the population's perspective and view and expectation of health care. So let me take that as the information component for the public.

The second component comprises the drug companies and information for them. Instead of bemoaning that, we went out and said by God, these drug companies sure know how to influence the way physicians behave. Instead of taking the kind of view that we have taken historically—which is that physicians need information, so we will publish research articles and we will hold continuing medical education sessions, which consistently the research shows do not have any impact on the behaviour of the physicians in any direct sense at all—let us adopt the principles that drug companies use. Let us go into that local community where the actual practice patents of physicians are determined, let us put the research information in bite-sized chunks, in pictures rather than in words. Let us make it easy for physicians to adopt the information and let us use the local influential individuals, the same way the drug companies do, to disseminate that information, rather have it coming from outside. When we have done that—which we have done in trying to implement a practice guideline—we found that, relative to two other possible interventions, only that intervention changed physician behaviour significantly. So the impact of drug companies is not necessarily to be bemoaned as a bad thing; it is something to be emulated.

Dr. Marmor: In its effectiveness.

Dr. Lomas: The effectiveness is remarkable.

Dr. Marmor: That is what scares me.

[*Translation*]

sur la table d'opération se situe entre 3 p. 100 et 5 p. 100, alors qu'il est inférieur en moyenne pour les gens qui se trouvent sur la liste d'attente. Bien sûr, ces statistiques sont un peu trompeuses. Je ne voudrais pas vous donner cette impression, dans une perspective épidémiologique, parce que, bien sûr, si on n'opérait pas ces gens, leur taux de mortalité serait fort probablement bien supérieur.

M. Marmor: S'ils sont sur la table d'opération, c'est normalement parce que l'intervention était urgente.

M. Lomas: Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas.

M. Marmor: Mais en gros, c'est à peu près cela.

M. Lomas: Il reste que c'est le genre d'information qui n'est pas transmise au public. L'information qui est diffusée présente plutôt le système de soins de santé et les interventions médicales comme des moyens de sauver des vies. Or, la majorité des soins dispensés par les médecins ne permettent pas de sauver des vies; je n'ai même pas besoin de demander l'avis de vos collègues du comité qui sont médecins, parce qu'ils le savent eux aussi. La majorité des soins médicaux, s'ils sont dispensés de façon appropriée, permettent d'améliorer la qualité de vie des patients, d'alléger leurs souffrances et de les rendre à la vie active le plus tôt possible, mais la plupart du temps, ce n'est pas une question de vie ou de mort. Et pourtant, c'est ainsi que la population perçoit les soins de santé, et c'est ce qu'elle en attend. Voilà donc quel est le genre d'information qui devrait être diffusée dans le grand public.

Le deuxième type d'information, c'est l'information diffusée par les compagnies pharmaceutiques. Plutôt que de nous plaindre de cet état de choses, nous devons reconnaître que ces compagnies savent très bien comment influencer le comportement des médecins. Donc, plutôt que de raisonner comme nous l'avons toujours fait—à savoir que pour répondre aux besoins d'information des médecins, nous devons publier des articles de recherche et organiser des séances de perfectionnement, qui, comme l'ont montré toutes les recherches, n'ont absolument aucun effet direct sur le comportement des médecins—, il faudrait plutôt adopter les mêmes principes que les compagnies pharmaceutiques. Il faut aller sur place, là où sont véritablement déterminés les modes de pratique des médecins; il faut morceler l'information sur la recherche, et la présenter en images plutôt qu'en mots. Il faut que les médecins puissent facilement assimiler cette information; il faut faire appel aux personnes qui ont de l'influence au niveau local, comme le font les compagnies pharmaceutiques, pour diffuser cette information, plutôt que de la bombarder de l'extérieur. Une fois que nous avons fait cela, en essayant de mettre en oeuvre des lignes directrices sur la pratique médicale, nous nous sommes rendu compte que c'était la seule intervention, par rapport à deux autres interventions possibles, qui modifiait considérablement le comportement des médecins. Donc, il ne faut pas nécessairement se plaindre de l'influence des compagnies pharmaceutiques; il faut plutôt s'en servir comme modèle.

M. Marmor: Il faut imiter son efficacité.

M. Lomas: Cette efficacité est remarquable.

M. Marmor: C'est bien ce qui me fait peur.

[*Texte*]

Dr. Lomas: Indeed we have shown that to be the case.

Dr. Marmor: It scares you as currently used. Could I just add one point? Let me just give you one illustration of the possiblities of using physicians in sorting out relatively more effective from less effective interventions, more costly from less costly. I do not say you can borrow this full scale, but it is worth your knowing, and maybe some of your researchers should look into it further.

• 2120

In West Germany, a nation that consumes pharmaceuticals with a passion, the cost containment efforts led to the following innovation in public policy: panels of physicians identified therapeutic equivalents in pharmaceutical products, in effect a list of appropriate drugs for particular interventions. That list alone was covered under the public program in full, and brand name alternatives that had no therapeutic improvement on the generics were then subject to a 100% co-insurance rate; that is to say, all of the expenditures above the generic price were borne by the patient, and hence there was a lot of interest on the part of the patient in sorting out the difference. That is an example of a cost-sharing that does not bring it in at the price of any effective care in a society in which the drug firms are major political players of a kind that are really quite extraordinary. It is worth looking into.

That pits professional expertise against simply adding on extra expenses. It may locate the burden in an arguable place, but it does clarify what the physician is up to. It is worth your looking into, and later on I can give you a citation on both some actors that are relevant and some places to look.

Mr. Cole: You are making me think an awful lot tonight, and it has been a long day, but I appreciate that.

One of the things I really would like to question you on is the access and the public-private system. I think it was Dr. Lomas who was saying to us that when you have a public-private, the guy who is willing to pay the $500 gets to the front of the queue. I think that was your expression. I had the impression you were saying that does not happen now, but I am of the distinct impression that it happens extensively now, although the trading is not financial. The trading is I know Dr. So-and-so, and he will get me in faster, or I know somebody who knows Dr. So-and-so better than I do, so I am going to jump the queue. Although I understand where you are coming from, I do not think we are out of that simply because we do not have a fee for service. I would like your comments on that.

[*Traduction*]

M. Lomas: Nous avons effectivement démontré que c'était le cas.

M. Marmor: L'efficacité de ces pratiques actuelles est presque inquiétante. Pourrais-je ajouter un commentaire? J'aimerais simplement vous montrer comment il serait possible de faire appel à des médecins pour déterminer quelles sont les interventions les plus efficaces, et quelles sont les moins coûteuses. Je ne dis pas qu'il soit possible d'appliquer ce modèle intégralement, mais il est utile que vous le connaissiez; certains de vos attachés de recherche pourraient peut-être l'étudier plus à fond.

En Allemagne de l'Ouest, où la consommation de produits pharmaceutiques est extrêmement élevée, les efforts pour réduire les coûts ont mené à une politique gouvernementale tout à fait innovatrice: des groupes de médecins ont été chargés de désigner les équivalents thérapeutiques des produits pharmaceutiques connus. Ils devaient en fait dresser une liste de médicaments convenant à certaines interventions données. Seuls les médicaments énumérés sur cette liste sont couverts en totalité par le programme public, et les médicaments de marque qui ne présentent aucune amélioration par rapport aux médicaments non brevetés étaient ensuite assujettis à un taux de coassurance de 100 p. 100. Autrement dit, c'est le patient qui paye la totalité de la différence de prix entre le médicament de marque et le médicament non breveté. Il a donc tout intérêt à se renseigner. Voilà un exemple de partage des coûts qui ne se fait pas aux dépens des soins réels, dans une société où les compagnies pharmaceutiques constituent des partenaires politiques extrêmement importants. C'est une solution intéressante.

C'est une solution qui met en opposition l'expérience professionnelle et la simple addition de dépenses supplémentaires. On peut se demander si elle place le fardeau au bon endroit, mais elle a du moins l'avantage de clarifier les intentions du médecin. C'est une solution qui mérite considération; je pourrai vous donner plus tard le nom de personnes qui pourraient vous donner des explications et d'endroits où vous pourriez trouver d'autres informations à ce sujet.

M. Cole: Vous me forcez à réfléchir beaucoup ce soir, après une longue journée, mais c'est une bonne chose.

Il y a une question qui me tient beaucoup à coeur: c'est celle de l'accès, dans un système mixte, public et privé. Je pense que c'est le M. Lomas qui nous a dit que, dans un système de ce genre, le patient qui est prêt à payer 500$ n'a pas à faire la queue. Je pense que c'est l'expression que vous avez utilisée. Il m'avait semblé que vous disiez que cela ne se produit pas à l'heure actuelle; pourtant, il me semble bien que c'est une pratique très courante, même si la monnaie d'échange n'est pas de nature financière. Ce qui se passe, c'est qu'un patient qui connaît le Dr Un tel, ou qui connaît quelqu'un qui connaît le Dr Un tel mieux que lui, va passer avant les autres. Je comprends ce que vous voulez dire, mais je ne pense pas que nous échappions à cette pratique, tout simplement parce que nous n'avons pas un système de paiement à l'acte. J'aimerais avoir vos commentaires à ce sujet.

[*Text*]

Dr. Lomas: You are exactly right. That is one of the things we grapple with in all government-run programs: that the articulate middle class are much more able to use those services than the inarticulate working class and lower socio-economic groups.

I would not argue that our current system is perfect. I would argue that it is a damn sight better than nearly all the other systems that we could generate, and I think it would be an extremely poor justification for moving towards a privatized system to say that we already have that a bit, so why do we not have that a lot.

Dr. Marmor: That is not where you are going.

Mr. Cole: No, that is not where I was going. I just wanted it to be clear that we are not saying because we do not have financial that we do not have the queue and we do not have the jumping of the queue.

Dr. Lomas: I agree. We have that, and we have it not only in medical care but in almost any government service where the articulate middle class are better able to use the service.

Dr. Marmor: Or where there is not rationing by price. When you do not ration by price, you ration by something else. You might ration by medical need, but you are also going to ration by influence, and the question is the magnitude, not the presence of it.

Mr. Cole: When we talk about rationing and we go to such organizations as community clinics, the reality is they work very well in conjunction with another system. That has been the impression we have had from people who have been involved in them: that a community clinic works well if the community clinic is looking after, let me say, a labour group of young married people from the age of 20 to 45, because that is the group they are working with. Their numbers look good statistically compared to the other people who require a lot more care.

What I am saying—and I would like to know your comments—is that you cannot exclusively pick out one portion of that system and say that in Sault Ste. Marie, or wherever, we are going to have just community clinics and expect that those numbers, substantively, either in the containment—

Dr. Marmor: Will be the same.

Mr. Cole: —or the quality, are going to happen.

• 2125

Dr. Marmor: Let me try that. Jonathan may want to intervene.

My point in using Puget Sound and Kaiser Permanente was to say that in fact you do have evidence from those in hospitalization rates and in some other measures of really quite exemplary performance. I do not want to say there are

[*Translation*]

M. Lomas: Vous avez tout à fait raison. C'est un des éléments dont nous devons tenir compte dans tout programme gouvernemental, à savoir que les gens de la classe moyenne, qui savent bien ce qu'ils veulent, peuvent plus facilement avoir recours à ces services que les travailleurs moins bien informés et les membres des groupes socio-économiques défavorisés.

Je ne dirai pas que notre système actuel est parfait, mais il me semble de très loin préférable à presque tous les autres systèmes que nous pourrions mettre sur pied, et il me semblerait extrêmement difficile de justifier la privatisation du système de soins de santé par l'argument suivant: puisque cette pratique existe déjà dans une certaine mesure, pourquoi ne pas la généraliser?

M. Marmor: Ce n'est pas là que vous voulez en venir.

M. Cole: Non. Je voulais simplement préciser qu'il faut bien reconnaître que, même s'il n'y a pas d'argent en cause, la file d'attente existe bel et bien, et les resquilleurs aussi.

M. Lomas: J'en conviens. Cela existe, et non pas seulement dans le domaine médical, mais dans presque tous les domaines de l'activité gouvernementale; la classe moyenne, qui est mieux informée et qui sait mieux ce qu'elle veut, est toujours mieux en mesure de profiter des services offerts.

M. Marmor: Ou quand il n'y a pas de rationnement en raison des prix. Dans ce cas-là, il faut qu'il y ait un rationnement d'une autre forme. On peut exercer ce rationnement selon les besoins médicaux, mais on l'exerce également aussi selon l'influence que peut exercer le patient. Il s'agit de savoir quelle est l'ampleur de ce phénomène, et non pas d'établir son existence.

M. Cole: Quand on parle de rationnement et d'organisations comme les cliniques communautaires, on se rend compte que, en réalité, ces cliniques fonctionnent très bien quand elles sont accompagnées d'un autre système. C'est l'impression que nous ont donnée les gens qui ont travaillé dans ces cliniques, à savoir que ces établissements fonctionnent bien quand ils s'occupent, par exemple, de jeunes travailleurs mariés de 20 à 45 ans. En effet, c'est en général dans ce groupe que se recrute la clientèle de ces cliniques, qui fait donc bonne figure, statistiquement, par rapport aux établissements soignant des gens qui ont besoin de beaucoup plus de soins.

Ce que je dis, c'est qu'on ne peut pas isoler un des éléments de ce système et dire que, par exemple, à Sault-Sainte-Marie, on n'a besoin que de cliniques communautaires, et s'attendre à ce que ces chiffres, soit en ce qui concerne la réduction des coûts. . .

M. Marmor: Seront les mêmes.

M. Cole: . . .soit la qualité, vont se réaliser.

M. Marmor: Je vais essayer de répondre à cette question. Jonathan voudra peut-être intervenir.

Si j'ai donné l'exemple de Puget Sound et de Kaiser Permanente, c'est pour montrer qu'on obtient effectivement des résultats assez exceptionnels en ce qui concerne les cas d'hospitalisation et certaines autres mesures de rendement.

[*Texte*]

no places that deliver care better. I think they do. My point was not that you do not have differences. It is that they are not infinitely extendable or generalizable. You are making a different point.

You are claiming—and this is worth taking about—that if you had the right comparison groups there would not be any differences between the methods of organization medical care, that the community group and the fee-for-service group would be the same. Instead, you have bias in the selection of patients. That is what you are saying.

Let me be very brief about it. I do not think you are right about that, but I think it is irrelevant. The reason I think it is irrelevant is that I do not think we are going to move any one big step to the alternative method of care. There is no evidence to support the view that countries take big leaps in the organization of medical care and adopt one system and drop the old system. It seems to me to be much more important to say we are going to live with fee-for-service medicine for a considerable period of time. We will have some HMO capitation medicine, we will have some salaried medicine, and each of them raises somewhat different problems of oversight.

In the fee-for-service medicine the problem is too much, in capitation medicine the problem is too little, and salaried medicine has other problems of disconnection between the reward and action.

I would want to raise it on the probability that you are never going to face a choice of picking a new one and substituting it, and say that there is some evidence that some methods, if generalized, would have a slightly better performance in terms of cost or quality. It is just that you do not have that option, so why are you spending your time debating it?

Mr. Cole: I have one other question. Again I think Dr. Lomas has answered me, but I would like to hear it.

One of the difficulties we as a committe are facing, or certainly as an individual I have faced, is that I am always looking for that ideal example.

Dr. Marmor: Oh, yes.

Dr. Lomas: As a research and a policy analyist, I am too.

Mr. Cole: In a constructive way, we in this committee are trying to make our system better and are saying, let us look at somewhere else; let us look at Sweden. Bruce wants to go to Sweden so badly. With your expertise and the analysis you have done on different systems in the world today, which country has the best system?

[*Traduction*]

Je n'ai pas voulu dire qu'il n'y a pas d'autres endroits qui assurent un meilleur service; je pense qu'il y en a. Je n'ai pas voulu dire non plus qu'il n'existe pas de différences, mais bien que ces différences ne peuvent pas être extrapolées ou généralisées à l'infini. Mais ce n'est pas cela que vous nous dites.

Vous prétendez—et cela vaut la peine d'en parler—que, si l'on choisissait des groupes véritablement comparables, il n'existerait pas de différences entre les méthodes d'organisation des soins médicaux; autrement dit, que le groupe de clients des cliniques communautaires et le groupe des patients d'un système de paiement à l'acte obtiendraient les mêmes résultats, alors que la sélection de ces patients fausse les résultats au départ. C'est ce que vous nous avez dit.

Je serai très bref. Je ne pense pas que vous ayez raison à ce sujet, mais cela n'a pas d'importance. Si je dis que cela importe peu, c'est parce que je n'ai pas l'impression que nous allons modifier considérablement nos méthodes de soins. Il semble bien qu'aucun pays n'ait jamais modifié du tout au tout l'organisation de ses services de soins de santé pour adopter un nouveau système en abandonnant complètement l'ancien. Il me semble beaucoup plus important de dire que nous allons continuer à vivre dans un système de paiement à l'acte pendant encore très longtemps. Nous aurons certains médecins rémunérés par capitation, dans les organisations de soins de santé intégrés, tout comme nous aurons des médecins salariés, et dans chaque cas, cela implique des problèmes de surveillance différents.

Dans un système de paiement à l'acte, le problème, c'est que cette surveillance est trop étroite, alors que dans un système de rémunération par capitation, il n'y a pas assez de surveillance. Quant au versement de salaires aux médecins, il entraîne d'autres problèmes parce que la récompense n'est pas nécessairement liée à l'acte.

Je tenais à vous le souligner, même s'il est fort probable que vous n'aurez jamais à choisir un nouveau système pour remplacer le système actuel. Je tenais à vous dire que certaines méthodes, si elles étaient généralisées, sembleraient pouvoir permettre des résultats légèrement supérieurs en termes de coût ou de qualité. Mais vous n'aurez jamais à faire ce choix; pourquoi donc perdez-vous votre temps à en discuter?

M. Cole: J'ai une autre question à poser. Encore une fois, je pense que le docteur Lomas m'a déjà répondu, mais j'aimerais bien qu'il répète sa réponse plus clairement.

Un des problèmes que nous avons, comme comité, ou du moins, une des difficultés que j'ai eu à résoudre en tant qu'individu, c'est que je cherche toujours l'exemple idéal.

M. Marmor: Oh, oui.

M. Lomas: À titre d'analyste dans le domaine de la recherche et de la politique, moi aussi.

M. Cole: Pour essayer d'apporter des solutions constructives, nous tentons au sein du comité d'améliorer notre système actuel; nous pensons donc qu'il pourrait être utile d'aller voir ailleurs, par exemple en Suède. Bruce voudrait tellement aller en Suède. D'après votre expérience et votre analyse des différents systèmes appliqués dans le monde aujourd'hui, quel est le pays qui possède le meilleur système?

[*Text*]

Dr. Lomas: That is not an answerable question, and you knew it when you asked it. The reason I say it is not an answerable question is because there are too many dimensions upon which you have to ask what is better. You want to choose the system that has contained cost best, MHS; and relative to a reasonable level of provision of care, the NHS. You want to choose a system that has done most to make the country feel good about itself, Japanese. You want to choose a system that has managed to generate an incredible degree of pluralism and at the same time has relatively well-contained expenditures, Germany, and so on. You can choose your criteria and choose the system, but there is no system, which when you look at the four main attributes: equity of the system, efficiency of the system and the... Help out here, Ted.

Dr. Marmor: Quality.

Dr. Lomas: It is the equity, the efficiency and—I am blocking it. At 9.30 at night I do not know what the last one is.

They all tend to vary. You tend often to exchange, for instance, equity for pluralism. The U.S. score is probably the highest of all systems for the diversity available. The degree of innovation that is possible within the U.S. health care system is large. It screws up on the equity.

Systems that are doing very well on the equity tend to be incredibly uniform and not very innovative; HNS as an example. Canada historically also is an example, intriguingly enough, moving out of it. That is what I have responded in a way to your last question.

As we move to having community clinics, HMO styles, alternate payment, fee-for-service, to what extent does that have repercussions for equity? We do not know the answer to that question very well, but we do know from international experience that if you look across other systems the degree of pluralism does not seem to interact very well with the equity component. There is not a strong relationship between those two. It is almost an inverse relationship.

• 2130

That is the easiest answer I can give you, and if you want to look for lessons, I would not look anywhere outside of this country. The strongest lessons, for the best ways to organize our health care in Canada, come from Quebec. What Quebec has been doing by focusing not only on health but also on social policies, as a component of both... I think what we tend to do in discussions like this is forget what our objectives are. The reason we fund health care is to produce health. What Quebec is doing is starting to move towards a more integrated system, for health and social policy to produce health.

Dr. Marmor: My reaction would be somewhat different. My reaction would be that it is a perfectly reasonable question to ask: who does it best? But do not think there is a simple answer. And I would say that the relevant comparative

[*Translation*]

M. Lomas: Il m'est impossible de répondre à cette question, et vous le saviez quand vous me l'avez posée. Si je dis cela, c'est parce qu'il faut tenir compte de beaucoup trop d'éléments pour déterminer quel est le meilleur système. Si vous cherchez un système qui permet de réduire les coûts au minimum, c'est le MHS; si vous voulez un niveau raisonnable de soins, c'est le NHS. Si vous voulez un système qui a permis aux citoyens de se sentir fiers de leur pays, il faut adopter le modèle japonais. Si vous voulez un système qui a permis d'instaurer un incroyable pluralisme, tout en contenant relativement bien les dépenses, il faut vous tourner vers l'Allemagne, et ainsi de suite. Vous pouvez choisir un système en fonction des critères que vous établirez, mais il n'existe aucun système, si l'on tient compte des quatre attributs principaux, à savoir l'équité du système, son efficacité et... Aidez-moi, Ted.

M. Marmor: La qualité.

M. Lomas: Il s'agit de l'équité, de l'efficacité et... Je ne m'en souviens plus. À 21h30, je ne sais plus quel est le dernier critère.

Mais tout cela varie. Par exemple, on sacrifie souvent l'équité au pluralisme. Le système américain est probablement celui qui permet la plus grande diversité. À peu près toutes les innovations sont possibles dans le système américain de soins de santé. Mais cela se fait aux dépens de l'équité.

Les systèmes qui réussissent à assurer une très grande équité sont le plus souvent extrêmement uniformes et pas très innovateurs; c'est le cas par exemple du HNS. Le Canada a toujours été un exemple de cela, ce qui est en fait assez étonnant, puisque nous semblons nous en éloigner. C'est ce que j'avais à répondre, d'une certaine façon, à votre dernière question.

Au fur et à mesure que nous nous dirigeons vers les cliniques communautaires, du genre des organisations de soins de santé intégrés, vers les nouvelles formules de rémunération, vers le paiement à l'acte, quels effets auront ces changements sur l'équité de notre système? Nous ne connaissons pas très bien la réponse à cette question, mais nous savons d'après l'expérience internationale que, dans les autres systèmes, le pluralisme ne va pas souvent de pair avec l'équité. Il n'y a pas beaucoup de liens entre ces deux éléments: c'est presque une relation inverse.

C'est la réponse la plus facile que je puisse vous donner. Si vous cherchez des leçons quelque part, il me semble que vous n'avez pas à aller voir ailleurs. Les leçons les plus importantes, quant à la meilleure façon d'organiser notre système de santé au Canada, viennent du Québec. Ce que le Québec a fait en s'attachant non seulement à la santé, mais également aux politiques sociales, comme élément... Je pense que nous oublions souvent, dans nos discussions, quels sont véritablement nos objectifs. Si nous finançons les soins de santé, c'est pour que la population soit en bonne santé. Le Québec se dirige donc vers un système mieux intégré, dans lequel les soins de santé et la politique sociale se conjugueraient dans ce but.

M. Marmor: Ma réaction n'est pas tout à fait la même que la vôtre. À mon avis, il est tout à fait légitime de se demander qui est le mieux placé pour faire le travail, mais n'allez pas croire qu'il y a une réponse simple à cette

[*Texte*]

set includes countries of comparable wealth, that you should restrict your gaze to that; you should not go to China for barefoot doctor investigation. As you look around, you should ask the question not dimension by dimension, but what balance among the components of any sensible medical care seems to be promising. The dimensions certainly are fairness and access to care, the quality of the care that is provided; the sense of distributive justice in bearing the costs of that care; and the sense of satisfaction politically with the kind of system you have.

Now, if you take those dimensions, it seems to be perfectly plain that Canada does reasonably well comparatively, but that there are areas of possible improvement. The reason you want to go abroad is not to find a panacea, but to find trade-offs and conclusions about consequences that may be hard to find from your own exerience. Some of the conclusions you can draw from internal comparisons within Canada. Some judgments you can draw by looking at experiences across a wide variety of nations, but there will be some that you might be able to draw by having instances of particularly promising innovations, of a kind that does not seem to represent or rest upon any peculiar non-Canadian feature that would not be relevant to Canada.

What do I mean by that abstract? I mean it is perfectly possible for you to ask yourselves: what does the international experience tell you about your options for dramatically changing the form of remuneration of physicians? It is a good question.

You should not, it seems to me, look only at Canada. If you look only at Canada, what are you going to find? You are going to find a lot of fee-for-service medicine and very little of anything else, comparatively speaking. So you have literally put on blinders. But I would not put the question: who does it best, as far as paying doctors is concerned? I would say instead, with respect to the remuneration of physicians and the quality of care—their sense of participation in decisions about what they do and satisfaction of patients—what kind of mix seems to make sense? That is the sort of comparative question.

You could say that I have a professional interest in justifying comparison, but what I really have a professional interest in is avoiding two terrible myths about cross-national work. All you do in cross-national work is look at the best, irrespective of its importability. The second thing to remember is that if you never look at anything else other than your own country because you are unique and special, you cannot learn. Both of those seem to me to be counsels of despair, and I would urge you not to accept them.

[*Traduction*]

question. Et je dirais qu'il faut établir la comparaison avec des pays de richesse comparable. Vous devriez vous limiter à cela; vous n'avez pas besoin d'aller en Chine pour étudier la situation des médecins aux pieds nus. Si vous regardez autour de vous, vous devez poser la question non pas selon chaque dimension du problème, mais vous demander plutôt quel serait l'amalgame le plus prometteur, parmi tous les éléments des soins médicaux raisonnables. Vous devrez certainement tenir compte des dimensions suivantes: l'équité et l'accès aux soins, ainsi que la qualité des soins dispensés; l'application d'une certaine justice distributive dans la répartition des coûts de ces soins; et enfin, l'aspect politique de la question, c'est-à-dire le degré de satisfaction que suscite le système en place.

Si vous prenez toutes ces dimensions, il semble tout à fait clair que le Canada réussit raisonnablement bien comparativement à d'autres pays, mais il est clair aussi qu'il y a des améliorations possibles. Si vous voulez aller voir à l'étranger, ce n'est pas pour trouver une panacée, mais plutôt pour savoir quels seraient les compromis possibles et pour tirer vos conclusions de conséquences qu'il serait peut-être difficile d'établir à partir de votre propre expérience. Vous pouvez toutefois tirer certaines de ces conclusions en faisant des comparaisons à l'intérieur même du Canada. Vous pouvez établir certains jugements en étudiant la situation dans de nombreux pays, mais vous aurez peut-être à tirer vos propres conclusions au sujet d'innovations particulièrement prometteuses qui ne semblent pas reposer sur des éléments strictement étrangers au Canada, mais qui ne pourraient pas être appliquées ici.

Ce que je veux dire par là? C'est qu'il est parfaitement possible de vous demander les conséquences que vous pouvez tirer de l'expérience internationale en ce qui concerne la possibilité de modifier sensiblement le mode de rémunération des médecins. C'est une question tout à fait légitime.

Il me semble que vous ne devriez pas chercher la réponse seulement au Canada. Si vous vous limitez au Canada, qu'allez-vous trouver? Un système fondé à peu près uniquement sur le paiement à l'acte, qui ne comprend à peu près rien d'autre, comparativement parlant. Donc, vous aurez littéralement mis des oeillères. Mais si j'étais vous, je ne me préoccuperais pas de savoir qui a la meilleure formule pour rémunérer ses médecins. Je me demanderais plutôt quel est le genre d'amalgame le plus intéressant pour assurer une rémunération satisfaisante des médecins et une bonne qualité de soins, c'est-à-dire à la fois la participation des médecins aux décisions sur ce qu'ils doivent faire et la satisfaction des patients. C'est ce genre de comparaison qu'il faut faire.

Vous pourriez me faire remarquer que ma profession me pousse à justifier cette comparaison, mais ce qui m'intéresse vraiment, c'est d'éviter de terribles mythes sur le travail international. Tout ce qu'on fait quand on étudie la situation dans d'autres pays, c'est qu'on cherche la meilleure solution, qu'elle soit importable ou non. Deuxièmement, il faut se rappeler que, si l'on ne va jamais voir à l'extérieur de son propre pays parce qu'on est unique au monde, on n'apprend rien. Il me semble que ces deux arguments vont vous mener tout droit à l'échec, et il ne faut surtout pas les accepter.

[*Text*]

Dr. Lomas: Which country is the best?

Dr. Marmor: Well, I will be glad to tell you. Frankly, my conclusion is that among the countries of comparable wealth, the Canadian medical care system now constitutes the best bargain among patient and citizen satisfaction, relative restraint and medical care expenditures and contribution of medical care to health, which seems to be the minor across all of them at the margin. I cannot think of an alternative...

Frankly, I would be sceptical about Quebec, and the reason I would be sceptical is the following—I notice that you were enthusiastic about them. Here is the reason I would be sceptical—I am not critical, I am sceptical. The reason I would be sceptical is that it is the case that much of what we say about Quebec consists of statements about their intentions and not about their results, that much of their enthusiasm has to do with plans and not performance. We do not have evidence that consumer/citizen satisfaction levels are now high in Quebec with respect to this, and I would be very cautious about that. I do not say I am against it, but I am cautious. I am cautious because...that dimension is very important.

Let me add one more thing, which again is different from the words you may have heard. I am sympathetic, as no doubt you are, to the claim of Jonathan and others that the purpose of health care is the promotion of health status. But I do not believe it. I think it just misdescribes what most health care is. Most health care is a very complex, multi-purpose activity that has to do with reassurance and a lot of other activities that we would not want to get rid of.

• 2135

You cannot measure my satisfaction of avoiding a melanoma, and yet it was extremely important that I had an attendant physician who found this melanoma relatively early. How are we going to discover that? Even if we discover it, even if we are able to measure the consequences of the alternative—my getting it—how would you measure the satisfaction I received from good medical care that had to do with the process by which I was informed?

I want to be careful here. I support the concern for the improvement in health status. I do support that genuinely. I just do not support a myth about it. The myth about it is that there is some social consensus that the only thing medical care is good for is the measurable improvement in health status of the most easily measurable kind. It just does not conform to any human experience about what medical care is like as you experience it. You experience other things, too. You care about them and you know you do.

Dr. Lomas: Is it allowed, Mr. Chairman, for the two witnesses to debate each other?

[*Translation*]

M. Lomas: Quel est le pays qui a le meilleur système?

M. Marmor: Eh bien, je vais me faire un plaisir de vous le dire. Honnêtement, d'après mes conclusions, c'est le système canadien de soins de santé qui est actuellement le plus avantageux, parmi tous les pays de richesse comparable, en termes de satisfaction des patients et des citoyens, de contrôle des coûts et des dépenses consacrés aux soins de santé, de contribution des soins de santé à la santé elle-même, qui semble cependant en définitive un élément mineur. Je ne vois pas d'autre système...

Bien franchement, j'ai des doutes au sujet du Québec, pour la raison suivante—j'ai d'ailleurs remarqué que vous n'étiez pas enthousiaste non plus. Si j'ai des doutes—non pas des critiques, mais des doutes—c'est parce que nos conclusions sur le système québécois sont fondées dans une large mesure sur des déclarations d'intention, et non pas sur des résultats tangibles; l'enthousiasme que soulève ce système est en grande partie une question de projets, et non pas de réussite véritable. Rien ne prouve que les consommateurs et les citoyens du Québec soient vraiment satisfaits de ce système; il faut être très prudent avant de l'affirmer. Je ne dis pas que je suis contre, mais je suis prudent parce que... cette dimension est très importante.

J'ajouterai une seule observation, qui diffère peut-être encore une fois de ce que vous avez déjà entendu dire. Je trouve très louable, comme vous aussi sans doute, l'affirmation de Jonathan et de certains autres selon laquelle les soins de santé visent à maintenir la population en bonne santé. Mais je ne pense pas que cela soit vrai. A mon avis, ce n'est pas une description exacte de la majeure partie des soins de santé. La plupart du temps, les soins de santé sont en effet une activité très complexe visant des objectifs multiples, qui veulent tout autant rassurer le patient et qui englobent toutes sortes d'autres activités dont nous ne voudrions pas nous débarrasser.

Vous ne pouvez pas savoir à quel point j'ai été satisfait d'éviter un mélanome, et pourtant, il était extrêmement important que mon médecin traitant trouve ce mélanome assez tôt. Comment pouvons-nous le découvrir? Et même si nous le découvrons, même si nous sommes en mesure de mesurer les conséquences de ce qui aurait pu se passer autrement, c'est-à-dire si j'avais eu ce mélanome, comment est-il possible de mesurer la satisfaction que m'ont procurée ces bons soins médicaux, et qui étaient liés à l'information qui m'a été transmise?

Mais je dois faire une mise en garde. Je suis bien d'accord pour dire qu'il faut améliorer la santé de la population. Je n'ai rien à redire à cela. Mais je ne suis pas d'accord avec un des mythes qui sous-tendent cette préoccupation, à savoir qu'il y a quelque part un consensus social selon lequel les soins médicaux ne servent qu'à améliorer de façon sensible la santé, selon les critères les plus facilement mesurables. Cela ne correspond tout simplement pas à l'expérience que l'on a quand on reçoit des soins de santé. On fait l'expérience d'autre chose également. Et cela vous préoccupe aussi, vous le savez.

M. Lomas: Les témoins ont-ils le droit de débattre entre eux, monsieur le président?

[*Texte*]

The Chairman: Sure.

Dr. Marmor: I am actually going to leave. It has been nice meeting you.

Mr. Pagtakhan: Listening to the answers, I think what is fundamentally missing in the country is the clear identification of what the term "health" means. Aside from the fact of what health is all about, what constitutes good health? I think a lot has been written about the five or eight determinants of health, depending on what text you read, biologic to what have you.

Just for the committee's information, I recall one example. A teenager who was physically well visited a physician because of a headache. The physician did an examination. Nothing happened. The teenager committed suicide. Did the physician make a wrong diagnosis and not anticipate the impending suicide?

You have an elderly person, unable to walk, but because of a good caring physician is cheerful. Is that bad health? A person is unable to be employed. Is it poor health because he has a broken leg? I can see the problem. Unless we identify the product, the measures of good health and under what parameters, we will have a lot of confusion and debate about health care funding.

You say inappropriate use of care, and a lot of this is in terms of comments made by the chairman, but it is also, I think, as a result of the answers given and questions raised. One question has been about drug use, and rightly so. There is a problem with that. But that is only one aspect of care. Diagnosis is another aspect. You alluded in your last remark, which we have spoken about, to the art of medical practice, the process.

That brings me to a question about the licensing bodies. The term is competence rather than performance. Can you acquaint the committee, using science and art as components of the practice of medicine, with what are you able to test when you test for competence? I would suggest it is mostly science. When you check the performance of the physician, you automatically have to include both science and art. Am I right in that assumption?

Dr. Lomas: Before I answer that, can I go back to your issues around health and measuring the product of health. You raise what for us as researchers and health services researchers is a constant bugaboo. How are we going to operationalize in a research sense the concept of health?

In the context of policy-making, it seems to me, when we are talking about physicians in medical care, it is not at all inappropriate for us to focus on what the particular skill levels are to which we have trained physicians to produce health. Some of the examples you have used and that Ted alludes to in terms of reassurance functions do not require the training of a physician. Indeed, some of the research demonstrates that in those areas—weight loss, for instance,

[*Traduction*]

Le président: Bien sûr.

M. Marmor: Je m'en allais de toute façon. J'ai été très heureux de vous rencontrer.

M. Pagtakhan: En écoutant vos réponses, il m'a semblé que ce qui manque en fait dans notre pays, c'est une définition claire du terme «santé». Il faut non seulement se demander ce qu'est la santé, mais aussi quand on peut dire que quelqu'un est en bonne santé. On a écrit beaucoup de choses sur les cinq ou huit facteurs déterminants de la santé, selon les textes sur lesquels on se fonde, que ce soit des facteurs biologiques ou autres.

A toutes fins utiles, je voudrais citer un exemple au comité. Je me souviens de l'histoire d'un adolescent qui était physiquement en bonne santé et qui était allé consulter un médecin parce qu'il avait mal à la tête. Le médecin l'a examiné, mais n'a rien fait. Et l'adolescent s'est suicidé. Le médecin s'est-il trompé dans son diagnostic en ne prévoyant pas ce suicide imminent?

Prenez en revanche une personne âgée qui est incapable de marcher, mais qui est d'excellente humeur parce qu'elle a un médecin qui prend bien soin d'elle. Peut-on dire qu'elle est en mauvaise santé? Prenez aussi une personne qui ne peut pas travailler. Est-elle en mauvaise santé parce qu'elle a une jambe cassée? Il y a là un problème. Tant que nous ne définirons pas exactement ce qu'est la santé et quels en sont les paramètres, il y aura beaucoup de confusion dans le débat sur le financement des soins de santé.

Vous dites que ces soins ne sont pas toujours dispensés judicieusement, peut-être en réponse aux observations du président, mais aussi, d'après moi, par suite des réponses qui ont été données et des questions qui ont été posées. Il y a quelqu'un qui a posé une question sur l'usage de médicaments, à juste titre. Cela constitue un véritable problème. Mais ce n'est qu'un seul aspect des soins médicaux. Il y a aussi la question du diagnostic. Vous avez fait allusion dans votre dernière remarque à l'art de la médecine, et au processus lui-même, ce dont nous avons d'ailleurs parlé.

Ce qui m'amène à une question sur les organismes d'octroi de licences, qui mesurent la compétence plutôt que le rendement. Pourriez-vous dire au comité sur quels éléments de la pratique médicale, c'est-à-dire l'art ou la science, vous vous fondez pour déterminer le rendement d'un médecin? Il me semble que vous vous occupez plutôt de l'aspect scientifique. Quand vous essayez de déterminer le rendement d'un médecin, vous devez automatiquement tenir compte à la fois de la science et de l'art. Est-ce exact?

M. Lomas: Avant de répondre à cette question, j'aimerais en revenir à vos observations sur la santé et sur la façon de mesurer le produit qu'elle représente. Vous évoquez là un spectre qui ne cesse de nous hanter quand nous faisons de la recherche sur les services de santé. Comment rationaliser le concept de santé pour les besoins de la recherche?

Dans l'élaboration de la politique, il me semble que, quand on parle des soins médicaux dispensés par les médecins, il est tout à fait approprié de se demander selon quels niveaux de compétence nous avons formé les médecins pour qu'ils maintiennent la population en santé. Pour certaines des fonctions dont vous avez parlé, ainsi que Ted, par exemple les fonctions de rassurance, il n'est pas nécessaire d'avoir une formation médicale. En fait, certaines

[*Text*]

hypertension control—that require a lot of reassurance and compliance-inducing behaviours, nurses seem to do a much better job than physicians.

• 2140

It is very much in the technical components that physicians have established a role for themselves in the health care system. As such, those technical components are the areas where we are dealing very much with science often, where the scientific component of medicine and its impact on health is measurable. If a physician is continuing to use external carotid, internal carotid bypass surgery now, we have excellent science that says that is inappropriate. That is not providing reassurance to patients when you may well be killing them by using that procedure relative to medical therapy.

It is not as if one can use the argument that some components of care are art and some components are science, to say that all care is both art and science. In assessing the performance of physicians rather than the mere competence component, one wishes to use what might be called tracer conditions, those areas in which the science is already very clear about what is appropriate and what is not appropriate. Those should be focused on, those skill areas where we have trained physicians to be scientists and where we have research information that can tell us whether they are or are not being those scientists.

Mr. Pagtakhan: Perhaps I may interject at this point.

Dr. Lomas: That was the end, anyway.

Mr. Pagtakhan: Do you consider the ability of the physician to rule out a physical illness not an important function of a physician?

Dr. Lomas: It is an important function of a physician. Whether that is solely in the arms of a physician, whether or not the physician requires the use of seven or eight different laboratory tests and ten or eleven different diagnostic tests in order to do that ruling out, seems to me the question of science.

Mr. Pagtakhan: I agree with you.

Dr. Lomas: The question of science is: what is the information a physician requires in order to be able to rule that out? Did this physician in this instant, or does the profession at large on average, do that as efficiently as possible, given our current science?

Our general answer in that case is that there are too many laboratory tests and too many diagnostic tests. For every additional diagnostic or laboratory test, as you know, there are false positives. Every false positive generates more tests. Each of the tests becomes slightly more invasive. Each invasive test has a certain morbidity and, in some cases, actual mortality attached to them, and so on.

[*Translation*]

études ont démontré que dans ces domaines, par exemple la perte de poids et la lutte contre l'hypertension, où la rassurance et l'incitation jouent un grand rôle, les infirmières semblent faire un bien meilleur travail que les médecins.

C'est plutôt dans le domaine technique que les médecins ont trouvé leur niche, dans leur système de soins de santé. C'est dans le domaine technique que la dimension scientifique s'applique le plus souvent, et où l'aspect scientifique de la médecine et ses effets sur la santé sont facilement mesurables. Si un médecin continue de nos jours à effectuer des pontages de l'artère carotide externe ou interne, il est facile d'établir que ce n'est pas une intervention appropriée d'après les nombreuses données scientifiques sur le sujet. Le médecin qui aurait recours à cette intervention plutôt qu'à une thérapie médicale ne rassurerait pas ses patients, puisque ceux-ci pourraient bien en mourir.

Ce n'est pas comme si l'on pouvait dire que les soins de santé sont en partie un art et en partie une science, ou que tous les soins participent à la fois de l'art et de la science. Quand on évalue le rendement des médecins plutôt que leur seule compétence, on utilise dans la mesure du possible ce qu'on pourrait appeler des repères, c'est-à-dire des points pour lesquels la science établit déjà très clairement ce qui est approprié et ce qui ne l'est pas. C'est à cela qu'il faut s'attacher, aux domaines de compétence dans lesquels nous avons formé nos médecins comme scientifiques et dans lesquels nous disposons d'une information de recherche nous permettant de juger s'ils remplissent ou non leur rôle de scientifique.

M. Pagtakhan: Permettez-moi d'intervenir sur ce point.

M. Lomas: J'avais fini de toute façon.

M. Pagtakhan: Ne pensez-vous pas qu'il est important qu'un médecin puisse établir que son patient ne souffre pas de troubles physiques?

M. Lomas: C'est en effet un aspect important de son rôle. Quant à savoir s'il doit poser seul ce diagnostic ou s'il doit avoir recours à sept ou huit analyses de laboratoire et à dix ou onze tests diagnostiques pour pouvoir le faire, c'est d'après moi une question de science.

M. Pagtakhan: Je suis d'accord avec vous.

M. Lomas: La question qui se pose est la suivante: de quelle information le médecin doit-il disposer pour écarter cette possibilité? Il faut se demander si chaque médecin, dans un cas donné, fait ce travail aussi efficacement que possible, ou si c'est le cas de l'ensemble de la profession, en moyenne, étant donné l'état actuel de la science.

De façon générale, à notre avis, les médecins ont recours beaucoup trop souvent aux analyses de laboratoire et aux tests diagnostiques. Comme vous le savez, tous ces tests donnent parfois des résultats faussement positifs, qui entraînent encore plus de tests. Et chaque fois, ces tests rdeviennent un peu plus effractifs. Or, chaque test effractif implique une certaine morbidité et, dans certains cas, entraîne même des décès.

[*Texte*]

Mr. Pagtakhan: I agree with you on that. Part of the problem, of course, is that some of the automated laboratory testing tests for many tests that are not really required, but it makes apparently, according to the laboratory, no additional cost if you take a blood sugar and you equally test for protein and creatine and what have you.

Now, the question of when in doubt do, and when in doubt do not, changing that, would you address this issue in terms of the need for some kind of legal protection?

Dr. Lomas: Excellent point. I think to the extent that errors of omission tend to be ignored and errors of commission do not, we in the malpractice system have built in an incentive for when in doubt do, rather than when in doubt do not.

I do not know whether this committee has heard of the Prichard report, but if you are interested in this issue, one that I think is potentially a national issue, then the Prichard report is certainly worthy of study by you. You may even wish to have Prichard here as a witness to discuss that, because it is far beyond my capabilities and foolish of me to talk to you about this issue when you could have the horse's mouth here himself.

He is now president of the University of Toronto, but only a matter of a few weeks ago he was in the newspaper bemoaning the fact that his report has now been out for in excess of a year and no one has done anything with it and it has been ignored. There is a certain naïvety on his part in believing that anything might be done with it immediately. Certainly, rather than answering that question I think I would advise the committee, if they consider that an important component, to have—

• 2145

Dr. Marmor: Let me just make one little point regarding what Jonathan said earlier, which I think is quite clear and interesting on this last question. Jonathan's encouragement of government posture towards the medical profession of welcoming attachment to the quality issue, of pursuing the quality issue, of encouraging it, is quite tightly linked to the malpractice and legal environment.

This is an area of co-operation. It is clear that the best in the medical profession are worried about the legal pressures that come up that force people to "do" versus "do not". If you treat conservativism in practice as a relevant and useful public policy, you have to provide mechanisms by which the profession can protect its most decent members from the misuse, so to speak, of legal rule. It is an area of potential collaboration, and I would think this committee would have a great interest in finding areas where there is agreement possible rather than areas where there is going to be disagreement.

[*Traduction*]

M. Pagtakhan: Je suis d'accord avec vous sur ce point. Bien sûr, une partie du problème réside dans le fait que les analyses automatisées effectuées en laboratoire sont très souvent inutiles, en réalité, mais qu'il ne semble pas coûteux, selon les laboratoires, d'analyser en même temps les protéines et la créatine, et ainsi de suite, quand un médecin demande d'établir le taux de glycémie d'un patient.

Donc, pour ce qui est de savoir s'il faut s'abstenir ou intervenir en cas de doute, pensez-vous qu'il soit nécessaire d'établir une protection juridique quelconque pour régler ce genre de problème?

M. Lomas: Excellente observation. Je pense que dans la mesure où les erreurs d'omission sont souvent passées sous silence et où les erreurs effectivement commises ne le sont pas, le système d'évaluation des fautes professionnelles incite plutôt les médecins à intervenir en cas de doute plutôt qu'à s'abstenir.

Je ne sais pas si le comité a entendu parler du rapport Prichard. Mais si cette question vous intéresse, puisqu'elle pourrait d'après moi avoir une portée nationale, vous devriez certainement étudier ce rapport. Vous voudrez peut-être même convoquer M. Prichard ici même pour en discuter, car le sujet dépasse de beaucoup mes compétences et il serait plutôt présomptueux de ma part de vous parler de ce rapport, puisque son auteur pourrait le faire lui-même.

Il est actuellement président de l'Université de Toronto, mais il s'est plaint dans les journaux il y a quelques semaines seulement du fait que son rapport avait été publié depuis plus d'un an maintenant et que personne n'en avait tenu compte. Il me semble un peu naïf de sa part de croire qu'on aurait pu donner suite immédiatement à son rapport. Mais de toute façon, plutôt que de répondre à cette question, je conseillerais au comité, s'il considère cet élément important, de demander...

M. Marmor: Permettez-moi de faire une brève observation au sujet de ce que Jonathan a dit tout à l'heure; à mon avis, sa réponse à votre dernière question était tout à fait claire et fort intéressante. L'intérêt qu'il a manifesté pour une intervention gouvernementale privilégiant la question de la qualité et encourageant les médecins à s'y attacher est étroitement lié à la question de la négligence professionnelle et à ses aspects juridiques.

Il doit y avoir coopération dans ce domaine. Il est clair que les meilleurs éléments de la profession médicale sont inquiets des pressions juridiques qui les forcent à intervenir plutôt qu'à s'abstenir. Si l'on considère le conservatisme dans la pratique médicale comme une politique gouvernementale pertinente et utile, il faut prévoir des mécanismes permettant à la profession de protéger ses membres les plus compétents des abus des règles juridiques, si l'on peut dire. C'est un domaine où il serait possible de collaborer, et il me semble que votre comité aurait tout intérêt à trouver les domaines où il serait possible de s'entendre plutôt que ceux où il doit y avoir des dissidences.

[*Text*]

Mr. Pagtakhan: The underpinning of our health care system, of course, is the Canada Health Act as it exists today and the five principles sustaining it. Would you have any comment on any of these principles in terms of changes or what have you?.

Dr. Lomas: I will make a statement. I am dithering whether to make it. My main comment on the Canada Health Act is that I am astounded that at a time when it is clear, with the kinds of things that have gone on in Quebec recently and the sorts of talks from western premiers, that the country at large at a political provincial level is clearly champing at the bit to get out from under those five principles of the Canada Health Act, therefore suggesting that we should be extremely vigilant about any mechanisms as a country, as a federal government, to try to maintain those principles, the federal government is withdrawing its only instrument available through enforcement.

One problem I see at the present time is a complete lack of awareness that this is one of the consequences of the current attempts to withdraw the cash component from the provinces.

Mr. Pagtakhan: Mr. Chairman, I am very glad that at least one witness has indicated this view to this committee, which I share very strongly, because I feel that the destruction of any one of these principles, even on a piecemeal basis, in the end will result in the death of medicare. I want it to be clarified that in fact this is a view shared by at least one witness. I do not know—

Dr. Marmor: My view about the Canada Health Act is that its principles are very attractive. They have been appealing in many ways. They are not the only principles I could imagine. I could imagine something about effectiveness of care being added, but I cannot see the argument for exclusion at all. They have been important component parts.

Perhaps we will get into other questions about why it is that it seems the pressures have gained tremendously to respond to deficit forces with a reduction of the federal government's financial load. Looking at it from the outside, it is clear to me that the capacity to hold to a relatively common system across Canada very decisively depended upon the central government's fiscal lure. It was a remarkable combination of public administrative design, in which the administrators on the ground faced all the costs of their decisions at the margin, at the same time that the fund-raisers at the centre had a lever by which they could exclude a violation of the principle of equal access. I think that combination has been very admirable, and you would be very ill advised to tinker with it, very ill advised. Perhaps we will get to it more, but that would be my judgment.

Mr. Pagtakhan: Now, if I pursue that one step further, were medicare to die in Canada, if we follow the current trend, the total cost of health for all Canadians will in fact ultimately increase catastrophically.

[*Translation*]

M. Pagtakhan: Le fondement de notre système de soins de santé, c'est bien sûr la Loi canadienne sur la santé, sous sa forme actuelle, ainsi que les cinq principes qui la sous-tendent. Avez-vous des observations à faire au sujet de ces principes, par exemple quant aux changements que nous pourrions y apporter?

M. Lomas: J'ai une observation à faire à ce sujet. Je ne suis pas sûr de devoir la faire, mais quoi qu'il en soit, ce qui me frappe le plus au sujet de la Loi canadienne sur la santé, c'est qu'au moment même où il est clair, à voir ce qui s'est passé au Québec récemment et ce que disent certains premiers ministres des provinces de l'Ouest, que tous les hommes politiques provinciaux du pays rongent leur frein en attendant de pouvoir se dégager des cinq principes énoncés dans cette loi, ce qui me porte à croire que nous devrions être extrêmement vigilants au sujet des mécanismes qui devraient permettre de maintenir ces principes, le gouvernement fédéral supprime le seul instrument dont il disposait pour faire respecter ces principes.

Un des problèmes, à l'heure actuelle, c'est que personne ne semble se rendre compte qu'il s'agit là d'une des conséquences des tentatives qui ont été faites récemment pour réduire le financement des provinces.

M. Pagtakhan: Monsieur le président, je suis très heureux de voir au moins un témoin faire une affirmation en ce sens devant le comité, parce que je partage tout à fait ce point de vue. Il me semble en effet que la suppression de ces principes, même de façon très fragmentaire, finira par entraîner la mort de l'assurance-maladie. Je veux qu'il soit bien clair qu'il y a au moins un témoin qui partage ce point de vue. Je ne sais pas...

M. Marmor: A mon avis, les principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé sont fort intéressants, à plus d'un titre. Ce ne sont pas les seuls principes auxquels je puisse penser. On pourrait imaginer en effet qu'il serait possible d'ajouter quelque chose au sujet de l'efficacité des soins dispensés, mais je ne vois vraiment pas pourquoi il faudrait les exclure. Ce sont des éléments importants.

Il y aura peut-être d'autres questions sur la raison pour laquelle il semble s'exercer de plus en plus de pressions pour que le gouvernement fédéral éponge son déficit en réduisant son fardeau financier. Quand on regarde la situation de l'extérieur, il est clair d'après moi que la capacité de maintenir un système relativement uniforme dans l'ensemble du Canada dépend très largement des incitations fiscales proposées par le gouvernement central. Il y avait là une combinaison remarquable de systèmes d'administration publique, les administrateurs sur le terrain devant assumer le coût de toutes leurs décisions en définitive, en même temps que les responsables du financement disposaient d'un levier leur permettant d'éviter toute violation du principe de l'égalité d'accès. Je pense que cette combinaison était tout à fait admirable et que vous seriez très malvenus d'y toucher. Nous étudierons peut-être la question plus à fond, mais vous savez déjà ce que j'en pense.

M. Pagtakhan: Donc, pour pousser la question un peu plus loin, si on devait supprimer le régime d'assurance-maladie au Canada, et si la tendance actuelle se maintenait, le coût total des soins de santé augmenterait en fait en définitive de façon catastrophique pour tous les Canadiens.

[*Texte*]

• 2150

Dr. Marmor: Just a one-sentence answer: the burden of my remarks is that if you went in the direction of mixing private and public then you would end up with more expenditure rather than less.

Mr. Pagtakhan: And the other witness, please?

Dr. Lomas: I really feel incapable of answering that because there are too many hypotheticals along the way. The purpose of my remarks would be much more directed at asking why we believe there is no choice at maintaining some form of financial leverage over the provinces. It seems to me that it is being couched as all or nothing. I am speaking hardly at all as a researcher or as an expert. I am speaking as a Canadian now—a proud Canadian because I am an adopted Canadian. I am speaking about a program, medicare, that with all of the warts that I have spent a good many years studying, is a program that I see is constantly wanting, through centrifugal forces, to be broken apart—and broken apart often on the shoals not of people directly concerned about the structure of the health care system but often of people concerned about provincial rights and provincial prerogatives.

If you do not keep something in place as a method of leverage over those provinces, then it will not take very much at all for it to spin off and have 10 different health care systems with completely different financial bases. In some provinces we will have something that looks just like what we have now across the country, but in Alberta or British Columbia or other provinces you will have essentially a system that looks a hell of a lot more like the United States. So the debate should be this: if we are going to remove the cash transfer, what is going to be put in its place as an effective mechanism to stop those centrifugal forces from spinning our health care system off into 10 independent ones?

Mr. Pagtakhan: In regard to your remark about the National Health Research Development Program, our caucus has supported that very strongly.

How do you view the utilization of our medical cards across the border; in other words, services delivered on the same elective basis for Canadian patients to be treated south of the border and thereby use of our medical cards on that basis? Do you have any concern at all?

Dr. Lomas: It is not an issue I have spent a lot of time thinking about. I would not want to give an off-the-cuff answer without careful consideration.

The Chairman: Are all committee members still agreed that we will come in at 11 a.m.? Did anything change from suppertime on?

Mrs. Clancy: Nothing has changed. We are still caucusing at 9 a.m.

The Chairman: Mr. Karpoff?

[*Traduction*]

M. Marmor: Ma réponse sera très brève: essentiellement, j'estime que si vous optiez pour un régime mixte, à la fois public et privé, vous finiriez par accroître vos dépenses plutôt que de les réduire.

M. Pagtakhan: Et qu'en pense l'autre témoin?

M. Lomas: Je me sens incapable de vous répondre, car il y a vraiment trop de variables. La question qui m'intéresse davantage est celle de savoir pourquoi nous sommes convaincus de ne pas avoir une très grande marge de manoeuvre vis-à-vis de l'influence que nous pouvons exercer sur les provinces sur le plan financier. J'ai l'impression qu'on prétend que c'est tout ou rien. Et là, je ne vous parle pas tellement en tant que chercheur ou expert. Là, je vous parle en tant que Canadien—Canadien qui est d'autant plus fier de l'être qu'il a choisi de prendre la nationalité canadienne. Pour moi, le régime de soins médicaux canadien, malgré tous les défauts que j'ai pu lui trouver au cours des années, est un programme qui est constamment menacé de disparition par l'exercice d'une sorte d'action centrifuge, si je puis dire, c'est-à-dire de la part de personnes qui s'inquiètent moins de la structure et de la qualité du régime de soins médicaux que du respect des droits provinciaux.

Si l'on ne cherche pas à garder une prise quelconque sur les provinces, il s'en faudra de peu pour que nous nous retrouvions avec 10 régimes de soins médicaux différents ayant chacun une base de financement différente. Dans certaines provinces, nous aurons sans doute un régime très semblable à celui qui existe partout au pays à l'heure actuelle, mais en Alberta, en Colombie-Britannique ou dans d'autres provinces, nous aurons essentiellement un régime plus semblable à celui des États-Unis. Donc, la question essentielle est celle-ci: si nous envisageons d'éliminer les transferts provinciaux, qu'allons-nous nous donner comme mécanisme de contrôle efficace pour empêcher la transformation de notre régime de soins médicaux en 10 régimes indépendants?

M. Pagtakhan: Par rapport à ce que vous avez dit au sujet du Programme national de recherche et développement en matière de santé, je tiens à vous faire remarquer que notre caucus l'a toujours fortement appuyé.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de l'utilisation de nos cartes d'assurance-maladie aux États-Unis. Autrement dit, la possibilité que des patients canadiens puissent recevoir des traitements médicaux aux États-Unis et les payer en utilisant leur carte d'assurance-maladie. Est-ce que cela vous semble problématique?

M. Lomas: J'avoue que je n'y ai pas beaucoup réfléchi. Par conséquent, je préfère ne pas vous donner ma réaction immédiate.

Le président: Tous les membres du comité sont-ils d'accord pour que nous nous réunissions de nouveau à 11 heures? Y a-t-il eu des changements depuis la pause dîner?

Mme Clancy: Non, pas du tout. Notre caucus se réunit toujours à 9 heures.

Le président: Monsieur Karpoff?

[*Text*]

Mr. Karpoff: Yes, 11 a.m. is fine.

The Chairman: It would appear, if everything falls into place as is being suggested, that the House will be called around 5 p.m tomorrow. So maybe we could come in and get the hearings in the afternoon completed. Perhaps we can get that done prior to that call of the House.

Mrs. Clancy: Are we supposed to sit tomorrow night?

The Chairman: We have a schedule. It is my understanding that there is supposed to be a speech from each of the parties relative to—

Mrs. Clancy: Oh, sorry, command performance at 5 p.m. Hopefully it will not be till 6 p.m.

The Chairman: Followed by a vote, and then we can wrap up the remaining witnesses. I just wanted to make sure that everybody is aware of 11 a.m., in case some of you leave before we are completed.

Ms Greene: On the financing question, I had to participate in a debate on the CBC with Dr. Rachlis, so I brushed up on this and got all the stuff, some of which I was very aware of.

When you look at the health care financing since 1984, the provinces have received transfers for health and education that average 6.5% per year. During that period of time total federal government expenditures, including the transfers to the provinces, have been held to 3.6%.

• 2155

Dr. Marmor: Per year annual increase.

Ms Greene: Yes. Our deficit is $30 billion, but the debt payments are $41 billion. The amount of EPF transfers is $23 billion. So we have a very serious imbalance. We are still $30 billion away from balancing the budget, or even coming close to it. The figures are mammoth.

I think the federal government is in this position of having to deal with it. We have instituted the GST. Hopefully that will improve the financing capabitity and so on.

An hon. member: I thought it was revenue neutral.

Mrs. Clancy: Me, too.

Ms Greene: It is in the long term, because it will be a stable and increasing source of revenue—

An hon. member: Oh.

Ms Greene: —whereas the manufacturers sales tax was basically disappearing.

Mrs. Clancy: It is getting late for propaganda, Barbara. Get to the case.

Ms Greene: Hopefully, with the containment of expenditures in around two or three years time, ready for the next election, our financial position will be substantially better and we will be able to improve the financing at that time.

[*Translation*]

M. Karpoff: Oui, 11 heures me convient parfaitement.

Le président: Si tout marche comme prévu, la Chambre devrait être rappelée vers 17 heures demain. Ainsi, nous pourrons sans doute procéder à l'audition des témoins l'après-midi. Nous pourrons peut-être même finir nos audiences avant d'être rappelés à la Chambre.

Mme Clancy: Est-il question de siéger demain soir?

Le président: Nous avons déjà un programme. Je crois comprendre que chacun des partis aura l'occasion de prononcer un discours concernant. . .

Mme Clancy: Ah, oui; le grand événement a lieu à 17 heures demain. On peut espérer que ce sera reporté à 18 heures.

Le président: Les discours seront suivis d'un vote, après quoi nous pourrons continuer l'audition de nos témoins. Je voulais simplement m'assurer que tout le monde était au courant de notre réunion de demain à 11 heures, au cas où certains d'entre vous partiraient avant la fin de la réunion.

Mme Greene: Sur la question du financement, j'ai récemment participé à un débat au réseau de Radio-Canada avec le docteur Rachlis et, par conséquent, j'ai dû me renseigner, et j'ai en fait appris des choses que j'ignorais.

En ce qui concerne le financement des soins médicaux depuis 1984, l'augmentation des transferts aux provinces pour les soins médicaux et l'éducation a été de 6,5 p. 100 par année, en moyenne. Pendant cette période, le total des dépenses fédérales, y compris les paiements de transfert aux provinces, n'a pas dépassé 3,6 p. 100.

M. Marmor: Vous parlez du pourcentage d'augmentation annuelle.

Mme Greene: Oui. Notre déficit s'élève à 30 milliards de dollars, et le service de la dette, à 41 milliards. Les transferts aux provinces, au titre du FPE, se montent à 23 milliards de dollars. Il y a donc un sérieux déséquilibre. Il nous manque encore 30 milliards de dollars pour équilibrer notre budget, et encore. Nous parlons de sommes faramineuses.

Je pense que le gouvernement fédéral doit absolument venir aux prises avec ce problème. Nous avons créé la TPS, et nous espérons qu'elle nous permettra d'améliorer notre capacité de financement et notre position financière en général.

Une voix: Je pensais qu'elle ne devait pas avoir d'incidence sur les recettes.

Mme Clancy: Moi aussi.

Mme Greene: À long terme, oui, puisqu'elle constituera une source de revenu stable et toujours croissante. . .

Une voix: Ah, bon.

Mme Greene: . . .alors que la taxe sur les ventes des fabricants nous glissait entre les mains.

Mme Clancy: C'est un peu tard pour lancer encore votre campagne de propagande, Barbara. Venez-en à l'essentiel!

Mme Greene: Si nous arrivons à limiter les dépenses au cours des deux ou trois prochaines années, nous espérons qu'à l'heure des prochaines élections, notre situation financière sera beaucoup plus positive, et que nous pourrons accroître le financement de ces programmes à ce moment-là.

[*Texte*]

The current change is not intended to be long term. I believe that Michael Wilson is very much aware. I can recall his saying things such as that he is concerned about our ability to influence policy in the provinces because of the cutbacks. But when you look throughout that entire budget, it affects Canadian unity everywhere almost. Look at the official languages, look at the Canada Assistance Plan. These are the federal government's job—communications and culture, there is hardly a place in the budget that is not affecting Canadian unity. That is the dilemma the government finds itself in.

First of all, I want to speak to the question of equity because I agree with Mary Clancy. I do not think this is a very equitable system at all. I think the health care that you get in Toronto is very different from the health care you get in Halifax.

Mrs. Clancy: Mr. Chairman, I am not making that—

The Chairman: You are sitting too late if you two are agreeing.

Mrs. Clancy: We have been sitting too late.

Ms Greene: Well, you are constantly talking about health.

Mrs. Clancy: I have never said it was inequitable in that sense.

Ms Greene: When you look at the per capita expenditure in the provinces and the record of cost containment, Quebec has an excellent one, and some of the smaller provinces do, and I think that reflects their financial positions. The worst record of cost containment is Ontario where, when you look at the standard of health care, it is comparable to the affluent group in the United States in terms of the kind of health care and a lot of the technology, and so on. There are dramatic pressures in my Toronto riding. There are line-ups for coronary bypasses, and so on. There are many, many vocal people concerned about the lack of access for the wealthy to these sophisticated kinds of technologies and so on.

I am also interested in the whole AIDS question. We had a deputation earlier today on the AIDS issue and the lack of ability of general practitioners to keep up on the information connected with AIDS and to be able to provide a proper service. When you start looking at the rural areas of this country, the places that do not have access to information and so on, the question of equity across this country is a very complicated one. I do not think that by any means you can say Canada is more equitable without looking at the parts of Canada—

[*Traduction*]

Les changements proposés actuellement ne sont pas censés être permanents. Je pense que Michael Wilson le sait, d'ailleurs. Je me souviens de l'avoir entendu dire qu'il s'inquiète de ce que nous ne puissions pas influencer les provinces en matière de politique justement à cause de ces réductions. Mais quand on regarde l'ensemble des dépenses du budget, on voit bien que cette situation influe sur l'unité canadienne un peu partout. Notons, à titre d'exemples, le Programme des langues officielles ou le Régime d'assistance publique. Ce sont des responsabilités fédérales—c'est-à-dire les communications et la culture—mais presque partout les réductions budgétaires ont un impact sur l'unité canadienne. Voilà le dilemme auquel le gouvernement fédéral se trouve confronté.

D'abord, j'aimerais parler de la question de l'équité, car je suis tout à fait d'accord avec Mary Clancy là-dessus. En ce qui me concerne, notre régime n'est pas très équitable. Pour moi, les soins médicaux qu'on peut recevoir à Toronto sont très différents de ceux qu'on peut recevoir à Halifax.

Mme Clancy: Mais, monsieur le président, je n'ai pas dit...

Le président: De toute évidence, cette séance dure depuis trop longtemps si nous en arrivons au point où vous êtes toutes les deux d'accord sur quelque chose.

Mme Clancy: C'est vrai que nous travaillons trop tard dans la soirée.

Mme Greene: Eh bien, vous parlez constamment des soins médicaux.

Mme Clancy: Mais je n'ai jamais prétendu que c'était inéquitable dans ce sens-là.

Mme Greene: Quand on regarde les dépenses provinciales par habitant et l'ampleur de leurs efforts de réduction des dépenses—et, d'ailleurs, le Québec a eu beaucoup de succès sur ce plan-là, comme d'autres plus petites provinces aussi—on est en mesure de se rendre bien compte de leur situation financière. Et la province qui a fait le moins d'efforts sur ce plan-là, par rapport aux autres, est bien l'Ontario, car on peut facilement comparer les soins médicaux offerts dans cette province à ceux que reçoivent les gens aisés aux États-Unis, du point de vue de la qualité des soins et du recours à la haute technologie, etc. Dans ma circonscription, à Toronto, les pressions qui sont exercées sur le régime de soins médicaux continuent d'augmenter de façon dramatique. Il y a de longues listes d'attente pour les pontages coronariens et d'autres types d'interventions médicales, et nombreux sont ceux qui se plaignent du manque d'accès des moins nantis à toutes ces technologies sophistiquées, etc.

Je m'intéresse aussi à toute la question du sida. Nous avons reçu des témoins plus tôt aujourd'hui qui nous ont parlé du fait que les omnipraticiens ont du mal à se tenir au courant des plus récentes techniques de traitement du sida et, par conséquent, à offrir les meilleurs soins possible. Mais quand on regarde la situation des régions rurales du pays, c'est-à-dire les régions qui ne peuvent pas facilement accéder à l'information et à la haute technologie, la question de l'équité devient encore plus compliquée. Je ne pense vraiment pas qu'on puisse prétendre que le régime canadien est plus équitable si l'on ne tient pas compte de la situation dans les autres régions du Canada...

[*Text*]

Dr. Marmor: Compared to what? There is no answer to the question of whether or not it is more equitable, unless you supply, as you do with SPASOSS, compared to whom or to what.

Ms Greene: You said it ranked well in terms of the equity. That is what we heard.

We have already mentioned some aspects of technology, the whole cost containment, the appropriateness of care and so on. Maybe it is time for doctors—and I think of the new doctors coming out—to become much more technologically capable in terms of accessing information, to have a computer on their desks and assessment ratio and so on, that indicate the likelihood, and also print-outs for patients, so that they too can make the judgment of whether or not they want to have a coronary bypass. This comes from somebody whose uncle just died on the table, who was 75, who was told "you have a 50% chance of survival", and took the chance because he felt it would be better. And Uncle Willie went.

• 2200

Who makes these decisions to perform coronary bypass operations at $30,000-plus on 75-year-old men who drink too much and love to eat steaks and potatoes, and this sort of thing? Perhaps there should be some standards of care that are accessible, that doctors can print it out and do it. What are your suggestions on the appropriateness of care? How do we disseminate this information? You suggested the doctor running around, but it changes very quickly.

Dr. Lomas: I think the general point is that the amount of information in the research literature is now away beyond one or two journals that a physician can pick up and read at his leisure in a couple of hours. Therefore, we now have a requirement for an intermediate step, for the review article or, even better, the carefully considered practice guideline that gives very concrete statements about what is appropriate practice. Even this current state of research information is becoming much more common. It is becoming an accepted function among some groups within the medical profession to generate practice guidelines or consensus statements. In fact, I was involved with the generation of one such consensus statement in the middle of the 1980s.

But that is not enough. It is clearly not enough merely to provide those consensus statements. We carefully evaluated. For instance, we disseminated our consensus statement to every relevant practitioner in the country, in excess of 1,200 of them, every teaching hospital administrator with more than 50 beds, every nursing association, etc. In excess of 50,000 copies of our practice guideline went around to everybody, and then we went out and surveyed awareness of it. Over 90% of the relevant practitioners were aware of it.

[*Translation*]

M. Marmor: Mais comparé à quoi? Il n'est pas possible de savoir s'il est plus équitable ou non, à moins qu'on n'ait des points de comparaison, comme on en a avec SPASOSS.

Mme Greene: Vous avez dit qu'il se plaçait au premier rang sur le plan de l'équité. C'est bien ce que vous avez dit.

Nous avons déjà parlé de la question de la technologie, de la réduction des coûts, et de l'opportunité des soins offerts. Il est peut-être temps que les médecins—et là, je songe surtout aux médecins débutants—améliorent leurs connaissances technologiques en ce qui concerne l'accès à l'information; c'est-à-dire, qu'ils se munissent d'ordinateurs, qu'ils puissent avoir accès à des coefficients d'évaluation et d'autres types d'information, y compris des imprimés pour chaque patient, qui permettent de calculer les probabilités et de savoir si tel ou tel patient devrait ou non avoir un pontage coronarien. Et si je peux personnaliser un peu le débat, mon oncle, qui était âgé de 75 ans, est récemment décédé sur la table d'opération; on lui avait dit qu'il avait des chances de survie de 50 p. 100, et il a décidé de prendre le risque en croyant que ce serait mieux. Mais malheureusement, mon oncle Willie n'a pas eu de chance.

Ce qui m'intéresse, c'est de savoir qui décide qu'un homme âgé de 75 ans qui boit trop et mange trop de viande et de pommes de terre devrait avoir un pontage coronarien, qui coûte 30,000$ ou plus. Peut-être que nos normes devraient être plus accessibles; il faudrait peut-être que nos médecins puissent vraiment accéder à une information précise là-dessus. Qu'est-ce que vous pourriez me suggérer sur ce plan-là? Comment pouvons-nous assurer la diffusion de cette information? Vous sembliez dire que c'est au médecin de se renseigner, mais la situation évolue très rapidement.

M. Lomas: Je pense qu'il est important de se rendre compte que l'information actuellement disponible en matière de recherche dépasse largement le contenu d'une ou deux revues savantes qu'un médecin pouvait lire pendant ses heures de loisir. En conséquence, nous avons maintenant besoin d'une étape intermédiaire: un article qui passe en revue la formation disponible, ou, mieux encore, des lignes directrices soigneusement préparées qui permettent aux médecins de savoir, en termes très concrets, les soins qu'ils devraient offrir dans telle ou telle situation. Même ce genre d'information devient de plus en plus courante. Dans certains milieux de la profession médicale, la préparation de lignes directrices ou de documents de consensus se fait de plus en plus souvent. J'ai moi-même participé à l'élaboration d'une déclaration de consensus au milieu des années 80.

Mais cela ne suffit pas. De toute évidence, ce genre de déclaration de consensus n'est pas suffisante—et nous avons étudié la chose en profondeur. Par exemple, nous avons fait distribuer notre déclaration de consensus aux principaux intéressés un peu partout au pays—plus de 1,200 médecins, en fait—ainsi qu'aux administrateurs d'hôpitaux ayant plus de 50 lits, aux associations d'infirmiers et d'infirmières, etc. Plus de 50,000 exemplaires de ces lignes directrices ont été diffusés un peu partout, et une fois la diffusion terminée, nous sommes allés faire un petit sondage. Nous avons constaté que plus de 90 p. 100 des médecins qui les avaient reçues en avaient pris connaissance.

[*Texte*]

Then we went out and we assessed their self-declared practice change based on it. It was quite significant. Then we went out and assessed actual behaviour, and there was no significant difference. There was no impact of that statement on their actual practice patterns at all.

There were cognitive changes. Certainly it predisposed them towards the idea that maybe practice should change in this area. But it comes down to the fact that the place where practice is determined is in that local environment. It is not by some central practice guideline, some computer link to some central facility.

The way you behave is determined by your colleagues around you here and the environment in which you live, and physicians are no different. We should expect them to be no different, and they are no different. If they are the only physician in their community trying to practise according to some guideline and no one else in their community is doing that, it takes a hell of a lot of guts for that physician to go out on a limb and practise according to that guideline when no one else is doing it.

This is a fairly long-winded way of saying that the way to improve appropriate care is to have a two-phase process. One phase, essentially taken upon by the medical profession as a responsibility it has to the public, is to pass practice guidelines, to say what is the appropriate care. A second phase says the medical profession also has a responsibility at the local level to encourage implementation of that practice guideline, to monitor implementation, and to use known techniques that are now available to do that. And those techniques are not dependent, as an answerer said earlier on, on the traditional methods of education; they are dependent on the real communication channels and influence channels that exist in local communities.

I think that, for a first step anyway, is the most important move we can make to try to improve the appropriateness of care. Essentially, pass practice guidelines as a responsibility of the medical profession. Locally, implement and monitor implementation of those practice guidelines as a responsibility of the medical profession.

Dr. Marmor: My response to your remarks is slightly different in that what strikes me about what you said is that it is rather global. What do we do about financing? We have been talking a good deal this evening about that, and I do not think there is one answer to that question. To put it in the global form is to mislead people, is to keep on hoping for some magic bullet or panacea.

[*Traduction*]

Ensuite, nous avons décidé d'évaluer le degré de changement que les médecins eux-mêmes prétendaient avoir apporté à leur façon de soigner les gens. Le pourcentage était assez élevé. Ensuite, nous avons évalué le degré de changement réel, et là, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de véritable différence. Autrement dit, ces déclarations n'influaient nullement sur leur façon de traiter leurs patients.

Il y a eu des changements d'attitude. Il est certain que cela leur a permis de se rendre compte que certains changements étaient peut-être nécessaires. Mais en réalité, ce qui compte, c'est la façon dont ils traitent leurs patients dans leur propre milieu. Et sur ce plan-là, la diffusion de lignes directrices et le raccordement à un réseau d'information central ont très peu d'impact.

Notre comportement à nous tous est fonction de celui de nos collègues et du milieu dans lequel nous vivons, et dans ce sens-là, les médecins ne sont pas différents des autres. On ne devrait pas non plus s'attendre à ce qu'ils soient différents, parce qu'ils ne le sont pas. Si un médecin est le seul dans toute la collectivité à vouloir respecter les lignes directrices, alors que les autres ne le font pas, il faut se rendre compte qu'il faut beaucoup de courage pour dévier des traditions médicales en appliquant les principes de lignes directrices dont les autres ne tiennent même pas compte.

Ce que j'essaie de vous dire—beaucoup trop longuement, d'ailleurs—c'est que l'amélioration des soins médicaux doit se faire en deux étapes. D'abord, la profession médicale doit assumer ses responsabilités envers le public en adoptant des lignes directrices concernant l'exercice de la profession. Pendant la deuxième étape, la profession médicale assume ses responsabilités au niveau local en encourageant l'observation des lignes directrices, en surveillant le respect et en recourant à des techniques connues qui nous permettent de le faire. Et contrairement à ce que quelqu'un disait tout à l'heure, ces techniques n'ont rien à voir avec les méthodes d'instruction traditionnelles; elles font plutôt appel aux voies de communication qui existent dans les collectivités pour entraîner des changements.

En ce qui me concerne, c'est sans doute, dans un premier temps du moins, la démarche la plus importante que nous pouvons prendre pour améliorer la qualité et l'opportunité des soins médicaux. Il faut essentiellement que la profession médicale assume la responsabilité d'adopter des lignes directrices. Ensuite, au niveau local, il faut assurer la mise en oeuvre et la surveillance de l'application de ces lignes directrices, et encore une fois, cette responsabilité incomberait à la profession médicale.

M. Marmor: J'ai une réaction un peu différente à vos propos, parce qu'il me semble que vous parlez en termes très généraux. Que faut-il faire sur le plan du financement? Eh bien, nous en avons beaucoup parlé ce soir, et il me semble clair qu'il y a plus d'une réponse à cette question. Mais d'un autre côté, c'est induire les gens en erreur que d'en parler toujours en termes très généraux; c'est comme si l'on espérait trouver un jour une panacée.

[*Text*]

I was particularly struck by your invocation of the bad habits of your uncle, or your relative, as if that was a crucial area of intervention where we would save a lot of money if we shaped people up in that regard. I think that is highly misleading as a suggestion, although in individual cases it might well make a difference.

• 2205

My answer, to try to be helpful, would be to say to pay attention to the number of doctors you produce. Pay attention to the number of beds that are available. Pay attention to the number of items that are reimbursed. That is going to be the key to the cost control area. We know supply has an independent effect on utilization and cost. We have known that for a long time. The machinery for generating more providers has maintained itself nonetheless. That is what I would spend my time worrying about.

The second and last point is that I was puzzled by the way you framed the financing problem. If it is the case that Canada as a public matter cannot afford, in some sense, the current levels of expenditure, if that is what you are asserting—

Ms Greene: For everything.

Dr. Marmor: Including medical care. The question is not how to slough off responsibility but how to distribute whatever it is you have to spend fairly, equitably and sensibly. It does not make any sense whatsoever to loosen the very steering mechanisms at a time of fiscal strain. That simply relocates the problem instead of solving it.

I cannot for the life of me understand the intellectual grounds. I am not a participant in your political debate as a party matter. I am not going to go to the question of what the five years is going to be. But over the course of the next five years, you have to face the question of what steering mechanisms you use at a difficult time for Canada when deficits are great.

Let me leave you with the following fact. We too have a serious deficit problem, not in some ways, allegedly, as serious as yours. Last year we discovered that the rate of increase in medical care expenditures was three times the rate of inflation.

Ms Greene: That has to be true in Toronto. You do not have powerful states the way we do. We have this cost-shared system with the provinces.

Dr. Marmor: That is another matter about whether or not you are able to—

Ms Greene: We cannot say, do this or do that.

[*Translation*]

Votre évocation des mauvaises habitudes de votre oncle, ou de votre parent, m'a beaucoup frappé, car vous sembliez laisser entendre que nous pourrions économiser beaucoup d'argent si les gens amélioraient leurs habitudes, de sorte que nous n'ayons plus à recourir aussi souvent à ce type d'intervention chirurgicale. Pour moi, il s'agit là d'une proposition fort trompeuse, même si, dans certains cas, cela pourrait changer quelque chose.

Mais une suggestion utile, en ce qui me concerne, serait que vous suiviez de près le nombre de médecins qui sortent des facultés de médecine. Même chose pour le nombre de lits disponibles et le nombre de soins ou services médicaux qui sont remboursés. À mon avis, c'est essentiel si vous voulez réduire vos coûts. Nous savons déjà que l'offre influe directement sur l'utilisation et le coût des services. Nous le savons d'ailleurs depuis longtemps. Et nous continuons malgré tout à soutenir un système qui produit de plus en plus de diplômés. À votre place, je m'inquiéterais beaucoup plus de cette réalité-là.

Mon deuxième et dernier point concerne votre façon de situer le problème du financement. S'il est vrai que le Canada n'a plus les moyens de supporter les dépenses actuelles, si c'est bien cela que vous prétendez. . .

Mme Greene: Dans tous les domaines.

M. Marmor: Y compris les soins médicaux. Il ne s'agit pas de savoir comment décharger ses responsabilités sur les autres, mais plutôt comment répartir les fonds disponibles de façon équitable et logique. Or, il semble peu logique de relâcher les mécanismes de contrôle au moment même où la situation financière n'est guère positive. Cela ne fait que déplacer le problème plutôt que de le régler.

Je n'arrive absolument pas à comprendre votre raisonnement intellectuel. Et je ne participe pas aux débats politiques de votre parti. Je ne vais même pas aborder la question de savoir ce qui va arriver au cours des cinq prochaines années. Mais le fait est que pendant cette période, vous allez devoir affronter la question des mécanismes de contrôle et d'orientation auxquels vous pouvez recourir pendant des moments difficiles au Canada, en raison de l'importance du déficit.

Permettez-moi de vous dire une dernière chose. Nous aussi nous avons un problème de déficit grave, même s'il est peut-être moins grave que le vôtre à certains points de vue. L'année dernière, nous avons découvert que le taux d'augmentation des dépenses médicales était trois fois plus élevé que le taux d'inflation.

Mme Greene: C'est certainement le cas à Toronto. Les États, chez vous, n'ont pas la même puissance que les provinces. Notre régime prévoit le partage des frais avec les provinces.

M. Marmor: Quant à savoir si vous pouvez. . .

Mme Greene: Nous ne pouvons pas leur dire: faites ci ou faites ça.

[*Texte*]

Dr. Marmor: I am not going to the question of what you are able to get across. What I am arguing with is simply your intention, not your execution. You may try to do what is sensible and not be able to do it. I am just arguing that it is not sensible to give it up; that is, to intend to give it up. You may be forced to, and that would be lamentable, regrettable.

Ms Greene: We are not. We are just trying to do it evenly, and we are trying to restrain it.

Mme Bertrand: Merci, monsieur le président.

On a tellement parlé du Québec que je sens absolument le besoin de prendre la parole pour vous dire quand même que oui, au Québec, il y a de bonnes intentions et l'on veut appliquer beaucoup de politiques sociales. Mais je peux vous dire quand même que le ministre de la Santé a de jolis maux de tête, et c'est un de ceux qui ont demandé à notre gouvernement de modifier notre politique nationale pour pouvoir mettre en place un certain «ticket modérateur» parce qu'il y a quand même abus, par le public, des services de santé. Les gens se présentent la même fin de semaine chez deux ou trois médecins. Ils vont à deux salles d'urgence. Alors, il y a abus. Donc, même si la politique sociale est bonne, il y a des problèmes financiers énormes.

À la réponse à une question au tout début de la soirée vous avez dit qu'il faudrait que ce soit le corps médical qui indique au gouvernement les besoins et comment dépenser l'argent. Cela m'inquiète parce qu'on voit le corps médical être très réticent face à certaines pratiques qui amélioreraient sans doute la qualité de la santé des citoyens et qui coûteraient peut-être moins cher; je pense, par exemple, aux médecines douces, à l'acupuncture, aux sages-femmes, et même à la chiropractie. Bref! Le corps médical a beaucoup de difficulté à accepter que cela soit reconnu. Mes doutes sont-ils fondés?

Dr. Lomas: Yes. Let me first go to your issue around financing, because I believe you are right that the pressure is coming from Quebec to make more appropriate and flexible financing mechanisms to enable them to do some of the things they wish to do. I would not necessarily disagree that some of the things Quebec may wish to do are appropriate. I think we sometimes fall afoul of the need to make the world more black and white than it really is. At a political level it is important for us to recognize that there are some subtle distinctions that are extremely difficult to make in public policy. Therefore, maybe we should not make them.

• 2210

The kind of distinction Quebec would like to see is one that would allow it to have a user fee for the inappropriate use of emergency rooms. If indeed you can define what is an inappropriate use of an emergency room and make it a black and white issue, it is probably appropriate for them to have a user fee, and that does not contravene the Canada Health Act. My concern is that the world is not quite so black and white, and that therefore the response to remove the

[*Traduction*]

M. Marmor: Mais je ne parle pas de vos possibilités d'action. Je conteste simplement votre intention, et non pas vos méthodes. Il est possible que vous essayiez d'adopter la solution logique, mais que vous n'arriviez pas à la mettre à exécution. Moi je prétends tout simplement que ce que vous proposez de faire, c'est-à-dire renoncer à votre prise sur les provinces, n'est pas logique. Vous allez peut-être devoir le faire, et ce serait fort regrettable.

Mme Greene: Mais ce n'est pas du tout notre intention. Nous voulons simplement essayer de réaliser une meilleure répartition, et de limiter les dépenses.

Mrs. Bertrand: Thank you, Mr. Chairman.

There has been so much talk about Quebec that I feel I simply must take this opportunity to say that Quebec does indeed have good intentions and that it does want to implement a great many social policies. But I can also tell you that the situation there is a real headache for the Minister of Health, and that he is in fact one of the people who asked our government to change our national policy by providing for user fees, because there are indeed cases of abuse of our health services by members of the public. Some people may go and see two or three different doctors in the course of the same weekend. Or, they may go to two emergency units. So, there is real abuse. Even though the social policy may be sound, there are tremendous financial problems involved.

In answer to a question early on in the evening, you said that the medical profession should be telling the government what our requirements are and how the money should be spent. But that concerns me, because the medical profession seems to be quite hesitant to endorse certain medical practices that would probably improve the health of Canadians while perhaps costing less; I am thinking here of alternative therapies, acupuncture, the use of midwives and even chiropractic. The medical profession seems to have a lot of difficulty with the idea of recognizing those practices. Do you think I have reason to be concerned?

M. Lomas: Oui. Mais permettez-moi d'aborder d'abord votre premier point au sujet du financement, car je pense que vous avez tout à fait raison de dire que c'est le Québec qui exerce des pressions sur le gouvernement fédéral pour avoir des mécanismes de financement plus souples et plus adaptés à ses besoins. Je ne pense pas nécessairement que les projets du Québec soient inappropriés. Mais là où nous nous attirons parfois des ennuis, c'est lorsque nous essayons de trop simplifier notre monde. Au niveau politique, il importe que nous nous rendions compte que certaines différences subtiles passent mal dans la politique. Par conséquent, nous ne devrions peut-être même pas essayer de les faire.

Le genre de distinction recherchée par le Québec lui permettrait, par exemple, d'imposer un ticket modérateur pour l'emploi abusif des salles d'urgence. Si l'on peut effectivement déterminer en quoi consiste l'emploi abusif d'une salle d'urgence, et l'exprimer en termes très clairs et précis, il serait probablement tout à fait approprié qu'on impose ce genre de ticket modérateur, qui, à ce moment-là, n'enfreindrait pas les dispositions de la Loi canadienne sur la

[*Text*]

restrictions on user fees to allow something to happen that is difficult to define and hazy, and it is borderline, is not an appropriate public policy response. To the extent that there is pressure from Quebec for changes in the structure of the Canada Health Act, I think some of that pressure is misplaced and misguided and not appropriate.

Dr. Marmor: John, let me stick to the emergency room and then get back to you. My only remark is consistent with that, but I would perhaps put it just slightly differently. I would say it is perfectly sensible to be concerned about the use of emergency rooms for care that surely should be obtained elsewhere. The issue is not whether it is inappropriate, but whether it is sensible to loosen the concerns about user charges generally to try to advance that particular reform. And here the argument is very hard to make, but the argument is very important. The symbolism of user charges is a very important value in and of itself, so even if it were sensible, you might want to hesitate because of the symbolic value, leaving aside the merits on emergency care itself.

Moreover, it turns out that emergency room choice is least subject to physician or nurse initiation; it is patient-initiated care, all right. That is just the way patient-initiated care operates in the physician's surgery, in the physician's consultation room. Why is it that we assume the only response to an inappropriate request is the care? If it is an inappropriate request, it is an inappropriate request. To use user charges as the instrument of allocation is to ignore what Jonathan emphasized so extensively at the beginning of his remarks. We have no evidence that as a general matter user charges are successful, fine-grain instruments for sorting out the relevant from the irrelevant, the useful from the useless. Even if emergency rooms look like a good candidate for doing so, I would be cautious, both on the symbolic grounds and because on the ground the line between inappropriate and appropriate is not so crystal clear even in the emergency room. Something along those lines. . .

Dr. Lomas: To return to your second point, I think again I would stress the distinction that I made earlier between the entrepreneurial freedom of the medical profession on the one hand and the clinical freedom on the other. When I say that, at least for the first stage, until it has been clearly demonstrated or if it is clearly demonstrated that the profession is not willing to take on the responsibility of quality of care and assurance of quality of care, at which point government may move in to be the regulator of quality of care, that says nothing whatsoever about asking the medical profession to co-operate, or even to have their view necessarily, on their entrepreneurial freedom.

[*Translation*]

santé. Mais ce qui m'inquiète, c'est que notre monde n'est pas vraiment si simple, et que la décision d'éliminer les restrictions relatives au ticket modérateur, pour permettre une mesure qui est difficile à définir et peut même être à la limite, du point de vue de l'équité, ne serait vraiment pas opportune, selon moi. Dans la mesure où le Québec cherche vraiment à exercer des pressions pour faire modifier les dispositions de la Loi canadienne sur la santé, je pense que c'est une stratégie malavisée et tout à fait inadéquate.

M. Marmor: John, permettez-moi de dire encore un mot sur cet exemple de la salle d'urgence, et après, ce sera à vous. Je crois être d'accord là-dessus, bien que je voie la chose d'une optique un peu différente. Je dirais qu'il est tout à fait normal de s'inquiéter de l'abus des salles d'urgence pour des traitements que l'on peut recevoir ailleurs. La question n'est pas de savoir s'il convient ou non de s'en inquiéter, mais plutôt s'il est logique de permettre le recours général au ticket modérateur uniquement pour réformer les abus dans ce secteur. Et là, l'argument n'est peut-être pas très convaincant, tout en étant d'une importance capitale. C'est que le symbolisme du ticket modérateur est loin d'être négligeable et, par conséquent, même si c'était une stratégie logique, on hésiterait à l'adopter en raison de la valeur symbolique d'une telle démarche, que ce soit justifié ou non dans le cas des salles d'urgence.

De plus, c'est dans les salles d'urgence que les médecins et les infirmiers ou infirmières sont le plus rarement à l'origine des traitements reçus; c'est-à-dire que c'est vraiment le patient qui prend l'initiative. Mais c'est la même chose dans les salles d'opération et les salles de consultation de certains médecins. Face à une demande injustifiée, pourquoi faut-il toujours que notre réaction passe par les soins médicaux? Si c'est une demande injustifiée, il faut la traiter comme telle. Mais recourir au ticket modérateur pour assurer une meilleure répartition des fonds serait éviter de tenir compte des points importants sur lesquels Jonathan a insisté au début de ses remarques liminaires. Il n'est absolument pas prouvé que le recours général au ticket modérateur constitue une méthode efficace de faire la distinction entre ce qui est pertinent et ce qui ne l'est pas, ou entre ce qui est vraiment utile et ce qui ne l'est pas. Même si les salles d'urgence semblent tout indiquées pour lancer ce genre de réforme, à mon avis, il convient d'être prudent, non seulement pour des raisons de symbolisme, mais parce qu'il n'est pas si facile de faire la distinction entre ce qui est approprié et ce qui ne l'est pas dans les salles d'urgence. Pour y parvenir. . .

M. Lomas: Pour en revenir à votre deuxième point, je pense que j'insisterai encore sur la distinction que j'ai mentionnée plus tôt entre la liberté de la profession médicale, en tant qu'entrepreneur, d'une part, et la liberté clinique, d'autre part. Jusqu'à ce qu'on démontre clairement ou si l'on arrive à démontrer clairement que la profession médicale n'est pas prête à assumer la responsabilité de la qualité des soins et du contrôle de leur qualité, et à ce moment-là, le gouvernement pourrait évidemment décider de jouer ce rôle. . .cela n'a tout de même rien à voir avec la possibilité de demander la collaboration de la profession médicale ou de lui permettre d'avoir sa propre conception de la liberté en tant qu'entrepreneur.

[*Texte*]

Their entrepreneurial freedom will always be a bargaining confrontation between government as the payer, on the one hand, and the profession as the recipient of a large proportion of funds, on the other. Issues such as the use of midwives, the use of acupuncture, have nothing to do with the quality of care. Insofar as they do have something to do with the quality of care, it is up to chiropractors and acupuncturists to demonstrate their superiority to physicians and to put that forward to governments in an economic context as well as a quality-of-care context, saying that the government should be funding them rather than physicians to deliver these services, because not only do they do them better, but they will do them cheaper as well.

I am not saying we should give over to the medical profession's power. What I am saying is that for a period of time we should be asking the medical profession which procedures and which diagnostic treatments are appropriate for which patients under what circumstances. What measures are being taken to ensure that the contribution in aggregate of all you physicians out there is positive on our health?

• 2215

Dr. Marmor: With regard to this licence verses evaluation point, the question of whether a procedure has the appropriate effect is a scientific one. The question of whether X or Y or Z group ought to be able to practice medicine is a mixed scientific and economic struggle. You have made a good case that the MDs as a professional economic interest group worry about these challenges to their scope of practice. But if you ask, what is the basis for judging acupuncture as useful in many contexts, what is the basis for thinking that midwifery is to be evaluated sensibly, the answer is that a lot of that research comes from within the medical community and health services researchers. You do not have to choose to jettison that world of evaluation. You have to select within it, and of course it is a responsibility of government to pick the appropriate forum for the different questions.

Mr. Halliday: This has been a fast-run evening, Mr. Chairman. I congratulate you, the researchers, and the clerk who put this meeting together for us.

There are a lot of things I would like to comment on. I am not sure where to start. First of all, on Mrs. Bertrand's question about the emergency room use, as I understand it—maybe Dr. Lomas could correct me if I am wrong—the real point there is purely a cost containment issue, in my view. It costs probably twice as much to see a person with a sore throat in an emergency room in a hospital than it does to see the person in my office in the small village of

[*Traduction*]

Sur la question de la liberté, il va toujours y avoir confrontation entre le gouvernement, en tant que celui qui paie, d'une part, et la profession, en tant que bénéficiaire d'une somme d'argent importante, d'autre part. Mais la question du recours aux services des sages-femmes et des acupuncteurs n'a rien à voir avec la qualité des soins. Dans la mesure où elle est reliée à la qualité des soins, c'est aux chiropraticiens et aux acupuncteurs de faire la preuve de leur supériorité aux médecins, et de présenter leur argumentation—argumentation fondée sur le coût de ces services ainsi que sur la qualité des soins offerts—aux gouvernements, en leur faisant comprendre que c'est eux qui devraient recevoir cet argent, plutôt que les médecins, car ils sont en mesure d'offrir des services, non seulement de meilleure qualité, mais moins chers.

Autrement dit, je ne pense pas qu'il faille céder à la prétendue puissance de la profession médicale. Je dis tout simplement que pendant un certain temps, nous devrions demander à la profession médicale de nous indiquer quelles procédures et quels traitements diagnostiques conviennent dans telles circonstances et pour tels patients. Autrement dit, quelles démarches faisons-nous actuellement pour nous assurer que la contribution de l'ensemble des médecins est positive à l'égard de notre santé?

M. Marmor: Sur la question de la reconnaissance professionnelle de certains types de soins médicaux, je pense que la question de savoir si une procédure est efficace ou non est une question purement scientifique. La question de savoir si tel ou tel groupe devrait pouvoir exercer la médecine est une question plutôt mixte, reliée à la fois aux sciences et aux rapports de force économiques. Vous avez d'ailleurs raison de dire que les médecins, en tant que groupe économique professionnel, s'inquiètent de ce que d'autres contestent leurs droits absolus dans certains domaines. Mais si vous voulez savoir en fonction de quoi on peut déterminer que l'acupuncture et le recours aux services des sages-femmes peuvent être utiles dans de nombreuses situations, la réponse serait de vous dire que le plus gros des recherches sont faites par les médecins et ceux qui travaillent dans le domaine des services de la santé. Il n'est pas nécessaire d'écarter un milieu d'évaluation au profit de l'autre. Il convient plutôt de faire une bonne sélection, et c'est évidemment au gouvernement de déterminer la meilleure façon d'aborder toutes ces questions.

M. Halliday: Notre réunion de ce soir s'est très bien déroulée, monsieur le président, malgré le peu de préavis que vous avez eu pour l'organiser. Je tiens donc à vous féliciter, ainsi que les attachés de recherche et le greffier, de l'excellent travail que vous avez fait sur ce plan-là.

J'ai beaucoup de choses à vous dire, en fait, et je ne sais pas trop par quoi commencer. D'abord, pour en revenir au point soulevé par M^{me} Bertrand au sujet de l'emploi abusif des salles d'urgence, je crois comprendre—et le docteur Lomas pourra me corriger si je me trompe—que le seul objet de cette stratégie serait de réduire les coûts. Je suppose que cela doit coûter deux fois plus cher de traiter quelqu'un qui a mal à la gorge dans une salle d'urgence, que de le traiter

[*Text*]

Tavistock. It is pure cost containment, and I think it is a legitimate reason for making that requirement.

Dr. Marmor: Could I intervene there? If you mean by cost, the price—

Mr. Halliday: That is right.

Dr. Marmor: —the way to handle that is to pay the same thing in the emergency room that you pay in your office.

Mr. Halliday: The problem is that they use two fees. The hospital charges their fee and the doctor charges his fee. When a person comes to my office with a sore throat in the middle of the evening or the night, I just get my fee. There is no extra charge whatsoever for the use of the office. And that is the difference.

Dr. Marmor: I am suggesting that if the hospital's and the doctor's fees in the emergency room were equal to the doctor's fee outside the emergency room, the emergency rooms would have a lot less interest in responding to inappropriate demands on their care.

Mr. Halliday: We do not have that type of prevention—

Dr. Marmor: That is not the present circumstance. I am just saying that there is an alternative way to respond to the same claim you are making.

Mr. Halliday: I am trying to cut costs. What you are offering would increase costs, would maintain that higher level of costs.

Dr. Marmor: I think I am right in saying that your complaint is that the total fee, doctor and hospital, for taking care of a person with a sore throat in the emergency room is twice that of your care. To pay the hospital and the doctor a joint fee in the emergency room equal to what is now paid to the doctor outside would, one, reduce the amount of such care and, two, would not cost more.

Mr. Halliday: You could not staff emergency rooms then.

Dr. Lomas: That is the point. Then they would not get the emergency.

Mr. Halliday: Oh, I see. Okay.

Dr. Marmor: We are just giving you an alternate way to think about the same... We agree with you that there is an inappropriate use. We are just trying to introduce a different way of talking about the remedy that does not have a reflexive grasp on this idea that if only we make the patient pay, we will get the right outcome. There are other ways to do it.

Mr. Halliday: No. I did not say you only make the person pay. Make them go to their family doctor. That is what they should be doing.

Dr. Lomas: I do not think there is a lot of mileage in continuing it. But I think the concern that people would express is the fact that if you deter a large proportion of these people from going to the emergency rooms, the kinds

[*Translation*]

dans mon cabinet au village de Tavistock. Pour moi, c'est purement et simplement une question de réduction des coûts, et je pense que c'est une raison tout à fait légitime de proposer cette réforme.

M. Marmor: Pourrais-je dire quelque chose? Si en parlant des coûts vous voulez dire le prix...

M. Halliday: Oui, c'est exact.

M. Marmor: ...la façon d'aborder ce problème serait de prévoir le même tarif pour ce service, que ce soit dans une salle d'urgence ou dans votre cabinet.

M. Halliday: Oui, le problème, c'est qu'il y a deux barèmes différents. L'hôpital a son barème, et le médecin, le sien. Lorsque quelqu'un qui a mal à la gorge vient me voir à mon cabinet le soir ou au milieu de la nuit, j'ai droit à mes honoraire, rien de plus. Il n'y a pas de frais supplémentaires pour l'utilisation des locaux. C'est ça, la différence.

M. Marmor: Je vous dis que si les honoraires des médecins dans les salles d'urgence étaient les mêmes que ceux des médecins qui exercent en dehors des salles d'urgence, ces dernières auraient beaucoup moins envie d'accepter des demandes de service injustifiées.

M. Halliday: Mais ce type de prévention n'existe pas...

M. Marmor: Ce n'est pas la situation à l'heure actuelle. Je vous dis simplement que c'est une autre façon de réagir au problème que vous posez.

M. Halliday: Mais moi, j'essaie de réduire les coûts. Ce que vous proposez aurait l'effet contraire, ou, en tout cas, maintiendrait des coûts plus élevés.

M. Marmor: Je crois ne pas me tromper en vous disant que ce qui vous gêne, c'est que le coût total—c'est-à-dire pour le médecin et l'hôpital—des soins dont a besoin quelqu'un qui a mal à la gorge est deux fois plus élevé dans une salle d'urgence que dans votre cabinet. En offrant à l'hôpital et aux médecins d'une salle d'urgence un tarif égal à ce que reçoit actuellement un médecin exerçant en cabinet privé, il serait possible de réduire la fréquence de ce genre de traitements, mais sans que cela coûte plus cher.

M. Halliday: Mais il n'y aurait pas suffisamment de personnel dans les salles d'urgence.

M. Lomas: Oui, justement. Ils n'auraient pas à traiter ce genre de problèmes dans les salles d'urgence.

M. Halliday: Ah, bon. Je vois.

M. Marmor: Nous essayons simplement de vous faire voir la chose sous un autre angle... Nous sommes tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'il existe un problème d'abus. Mais nous essayons d'aborder la question un peu différemment plutôt que de toujours nous accrocher à l'idée que si nous obligeons le patient à payer ce service, nous obtiendrons nécessairement le résultat escompté. Il y a d'autres façons d'y parvenir.

M. Halliday: Non. Je n'ai jamais dit que la seule solution serait de faire payer le patient. Je pense qu'il faut plutôt lui dire d'aller voir son médecin de famille. Voilà la solution.

M. Lomas: Je ne pense pas que ce soit tellement utile de poursuivre cette discussion. Mais personnellement, je pense que les gens s'inquiéteraient de ce que ce genre de politique, qui aurait pour effet de décourager un grand nombre de

[*Texte*]

of people you deter from going to the emergency rooms are the kinds of people who do not have a family doctor to go to. By introducing that fee, you may indeed discourage some frivolous use and they will use the ultimate service of their family doctor. In addition, you are probably going to discourage some use by indigent individuals who have no family doctor and that is the reason they come to a—

Mr. Halliday: I do not want to pursue that. I understand these two points. Look, to begin with, Dr. Lomas, you made the interesting assumption that we politicians who are here tonight to discuss this or have discussed it n the last couple of years—I think I am quoting you correctly—are interested in cost containment.

• 2220

Dr. Lomas: I labelled it as an assumption, in my defence.

Mr. Halliday: I know you did.

Dr. Lomas: I did not say it was true.

Mr. Halliday: For me, that is entirely wrong. The reason I am so wrapped up in this whole issue is because of quality in medical care, health care.

Dr. Lomas: Good.

Mr. Halliday: That is my major concern, and that is really why I am concerned with the way we are going in this country at present.

Dr. Lomas: So my presentation was spot-on for you, then.

Mr. Halliday: Oh yes.

Dr. Lomas: In the right area, even if the conclusions were not ones you would agree with.

Mr. Halliday: Well, yes. So let us look a bit at the quality of care and what is happening. Let us look at the issue of private and public participation in the health care field financially. In Canada at present we have the notion that ours is a publicly financed health care system. Well, 25% of it is private.

Dr. Lomas: Right.

Mr. Halliday: So if we move a bit more into the private area, it is not going to be a major change.

Let me suggest something that would answer one of your problems, Dr. Lomas, which you put to us very emotionally during the course of your presentation, and that was the cut in NHRDP grants. If you really understood politicians, you would not be surprised. I have learned down here in the last 16 years that politicians are not the least interested in Canada—I think it is different in the U.S.A.—in research.

An hon. member: Oh, oh!

Mr. Halliday: Well, I will tell you. Right across the table, when I first came to the House, the minister responsible for science and technology in your government—

[*Traduction*]

personnes d'utiliser les salles d'urgence, toucherait surtout les gens qui n'ont pas de médecin de famille, et qui vont donc dans les salles d'urgence. En imposant un ticket modérateur, il se peut qu'on décourage l'emploi abusif et qu'on réussisse à aiguiller les gens sur les services d'un médecin de famille. Mais en ce faisant, il est probable que vous découragiez les gens indigents de les utiliser aussi, des gens qui n'ont pas de médecin de famille et qui ressentent donc justement le besoin de. . .

M. Halliday: Ce n'est pas la peine que vous insistiez là-dessus. Je comprends très bien vos arguments. Pour commencer, docteur Lomas, vous avez posé l'hypothèse intéressante selon laquelle nous, les hommes et femmes politiques qui sommes là ce soir pour discuter de ces questions avec vous et, qui en discutons depuis déjà plusieurs années—et je pense que c'est bien cela que vous avez dit—nous intéressons à la réduction des coûts.

M. Lomas: J'ai dit que c'était une hypothèse pour me couvrir.

M. Halliday: Je le sais.

M. Lomas: Je n'ai pas affirmé que c'était vrai.

M. Halliday: Quant à moi, c'est entièrement faux. Si je suis littéralement absorbé par cette question, c'est pour la qualité des soins médicaux, la qualité des soins de santé.

M. Lomas: Parfait.

M. Halliday: C'est là ma principale préoccupation, et c'est pour cela que je m'inquiète de la façon dont vont les choses dans ce pays à l'heure actuelle.

M. Lomas: Donc, mon exposé est tombé à pic.

M. Halliday: Oh que oui!

M. Lomas: Il était à propos, même si vous n'êtes pas tout à fait d'accord avec les conclusions.

M. Halliday: C'est cela même. Donc, parlons un peu de qualité des soins et voyons la situation. Penchons-nous sur la participation financière des secteurs privé et public dans le domaine des soins de santé. A l'heure actuelle, au Canada, nous avons l'impression que notre système de santé est financé par le public. Or, il est privé à 25 p. 100.

M. Lomas: C'est exact.

M. Halliday: Donc, si nous nous tournons un peu plus vers le secteur privé, nous n'opérerons pas pour autant une révolution.

Permettez-moi de vous faire une suggestion, docteur Lomas, afin de répondre à l'une des préoccupations que vous nous avez exprimées de façon fort émotionnelle durant votre exposé; je veux parler des coupures dans les subventions du PNRDS. Si vous compreniez vraiment les hommes politiques, vous ne seriez pas surpris. Au cours des 16 dernières années, je me suis rendu compte que les hommes politiques n'étaient pas du tout intéressés par la recherche au Canada—mais je crois que c'est différent aux États-Unis.

Une voix: Oh, oh!

M. Halliday: Laissez-moi poursuivre. Lorsque j'ai pris mon siège à la Chambre, le ministre responsable de la science et de la technologie dans votre gouvernement. . .

[*Text*]

Mrs. Clancy: I was not here.

Mr. Halliday: No, you were not here in 1974. He just recently died. He said, we do not have to spend money on research in Canada; we will buy it from the U.S.A. or from Britain or wherever. That is what he said.

Mrs. Clancy: Yes, he did say that. I know that—and embarrassed I was at the time.

Mr. Halliday: My government can be criticized, too. If you speak to anybody in the National Research Council and other areas of research, they are very disappointed at what we have done in the last six years in research.

Mrs. Clancy: They certainly are.

Mr. Halliday: And I am too, because I feel that politicians are not interested in spending money on research. Do you know why? Because the returns are not evident within the next four years. We have our elections here every four or five years, and there are no visible returns. So they save the money to increase the family bonuses, the old age pension—you name them, things that are very attractive at election time.

So the NHRDP is going to suffer, and it is not going to change. But when the Canada Health Act came in, we took research funds away from your teaching institutions. As you well know, and as our witness this afternoon said, a well-qualified specialist could earn probably $500,000 in his fees in the course of a year, but the university will allow him to have only $200,000 for his salary at the university—

Mrs. Clancy: Some universities, not all.

Mr. Halliday: These are just examples. Make it $100,000 if you want. But the difference went into a fund for research, and that is gone. So we are losing many of our good researchers to the U.S.A. The most promising anaesthetist—I well remember him about 10 years ago—left the Toronto General Hospital to go to California. He was not able to get his money.

We heard an interesting observation this afternoon from a witness there who talked about somebody in London, Ontario, a rather well-known neuro-surgeon, who was about to go to the northeastern States but was prevailed upon to stay here if they gave him enough money to set up a good neuro-surgical unit. This they did, and he was able to bring in millions of dollars from outside because he had a good research unit that was guaranteed him here. But he would have left the country had that promise not been given to him.

So my point is this. Everybody at this table could spent $100 a year on their own health care as a deductible and free up some money for the rest of the system. Most people who go to teaching hospitals for their surgery can well afford to

[*Translation*]

Mme Clancy: Je n'étais pas là.

M. Halliday: Non, vous n'y étiez pas encore en 1974. Celui dont je parle vient de mourir. Il a déclaré que nous n'avions pas à dépenser d'argent pour la recherche au Canada, que nous pourrions acheter les résultats de la recherche aux États-Unis, en Grande-Bretagne ou ailleurs. Voilà ce qu'il a déclaré.

Mme Clancy: Oui, c'est ce qu'il a dit. Je le sais, et j'en ai été très gênée à cette époque-là.

M. Halliday: Mais mon gouvernement aussi peut être critiqué. En vous entretenant avec n'importe qui au Centre national de recherches, ou dans d'autres services de recherche, vous constaterez que les gens sont très déçus de ce que nous avons fait en matière de recherche au cours des six dernières années.

Mme Clancy: Oh que oui!

M. Halliday: Et je le fus aussi, parce que force m'est de constater que les hommes politiques ne veulent pas dépenser d'argent pour la recherche. Et savez-vous pourquoi? Parce que la recherche ne donne pas de résultats dans une période de quatre ans. Or, les élections interviennent tous les quatre ou cinq ans, et il faut que les gouvernements aient des résultats concrets. Ils sont donc forcés de faire des économies, par ailleurs, pour pouvoir, au moment des élections, augmenter les allocations familiales, la pension de vieillesse, et que sais-je encore, pour séduire l'électeur.

Donc, le PNRDS sera touché, et rien n'y changera. Mais lorsque la Loi canadienne sur la santé est entrée en vigueur, nous avons détourné les fonds de recherche qui étaient destinés aux établissements d'enseignement. Comme vous le savez, et comme l'a déclaré notre témoin de cet après-midi, un spécialiste parfaitement qualifié pourrait probablement gagner 500,000$ par an dans la pratique privée; or, l'université ne lui verse qu'un salaire de 200,000$. . .

Mme Clancy: Et encore, certaines universités, pas toutes.

M. Halliday: Ce n'est qu'un exemple. Disons 100,000$, si vous voulez. La différence était versée dans un fonds de recherche, qui a fondu. Donc, nous perdons un grand nombre de nos bons chercheurs, qui vont aux États-Unis. Un de nos anesthésistes les plus prometteurs-et je l'ai bien connu il y a 10 ans—a quitté l'Hôpital général de Toronto pour s'installer en Californie. Il n'était pas payé à sa juste valeur.

Cet après-midi, un témoin nous a donné l'exemple d'un neurochirurgien assez connu de London qui était sur le point d'aller s'installer dans les États du nord-est, mais qui était disposé à rester à London si on lui donnait suffisamment d'argent pour ouvrir une bonne unité de neurochirurgie. C'est ce qui fut fait, et il est parvenu à ramener des millions de dollars de l'extérieur grâce à cette bonne unité de recherche qu'on lui avait garantie. Mais il aurait quitté le pays si l'administration n'avait pas tenu sa promesse.

Alors, voilà à quoi je veux en venir. Nous pourrions tous, autour de cette table, dépenser 100$ par an, en tant que franchise, pour payer nos propres soins et libérer ainsi une partie de l'argent que l'on pourrait utiliser autrement. La

[*Texte*]

pay that extra amount, and those who cannot never had to suffer before—they still got their surgery—and that extra amount goes into their research funds for the kind of research that you are deploring you cannot get.

I do not think you are going to get research for the kinds of studies you have suggested we need to have. I agree that we have to have them, but governments do not see it that way. It is not going to bring health care to people today or tomorrow.

• 2225

Let us go one step further and say that as a result of what is happening here our quality of care... I started off with quality. That is my major concern. As a result of all this, our quality of care is starting to go down. Doctors do not have as long to stay with patients on a per visit basis. I am sure you know some figures that can prove that. The waiting lists are getting longer.

Take situations like Mr. Bourassa. We say we do not want to have a two-tier system in this country. So Mr. Bourassa, who has the finances, has a melanoma. Where does he go? He goes to the U.S.A. When Neil Kinnock, the Labour Party leader in England whose party started the national health service there, needed health care, where did he go? Outside the NHS.

Dr. Marmor: I did not know that.

Mr. Halliday: That is what happened.

Dr. Marmor: It is unbelievable symbolism.

Mr. Halliday: It is, and this is what worries me. If you have the assets... When I asked the former minister of health who brought in the Canada Health Act what she would do if she could not get the appropriate care—right in this room, around this table—I asked her, what would you do?

Mrs. Clancy: Yes, but if—

Mr. Halliday: Wait a minute. There are three specialists in Quebec in a certain super specialty. Two of them had left and there was one left. I said to her, if you found you could not get the health care you needed and thought you wanted, what would you do? She said she would go to the United States. It is on the record.

[*Traduction*]

plupart des patients qui vont se faire opérer dans les hôpitaux d'enseignement peuvent se permettre de payer ce montant supplémentaire; quant aux autres, ceux qui ne le peuvent pas, ils n'ont jamais eu à en subir les conséquences, on leur a toujours permis de se faire opérer. L'argent que l'on pourrait ainsi dégager pourrait être versé dans des fonds de recherche pour financer l'équipe de recherche que vous regrettez de ne pouvoir constituer.

Mais je ne pense pas que vous pourrez jamais effectuer le genre de recherche pour les études dont nous aurions, selon vous, besoin. Je suis d'accord pour dire qu'elles sont nécessaires, mais les gouvernements ne voient pas la chose de la même façon. Cette recherche ne se traduira pas en soins de santé pour le public, ni aujourd'hui ni demain.

Mais avançons d'un cran et disons qu'en aval de ce qui se produit ici, la qualité des soins offerts... J'ai commencé par la qualité des soins. C'est ce qui m'intéresse au premier chef. Donc, à cause de cela, la qualité des soins que nous offrons commence à se dégrader. Lors des visites, les médecins ne peuvent plus consacrer autant de temps à leurs patients. Je ne doute pas que vous possédiez des données en ce sens. Les listes d'attente s'étirent.

Prenons certaines situations, comme celle de M. Bourassa, qui est atteint d'un mélanome. Et l'on nous dira après cela qu'il n'y a pas de système à deux paliers dans ce pays. Et pourtant, M. Bourassa a l'argent, et où va-t-il? Il va se faire soigner aux États-Unis. Et savez-vous où est allé se faire soigner Neil Kinnock, le chef du Parti travailliste en Grande-Bretagne, ce même parti qui a instauré le service national de santé là-bas? Eh bien, il ne s'est pas adressé au service national de santé, il est allé ailleurs.

M. Marmor: Je ne le savais pas.

M. Halliday: C'est pourtant ce qui s'est produit.

M. Marmor: C'est d'un symbolisme écrasant.

M. Halliday: Tout à fait, et c'est ce qui m'inquiète. Si vous avez l'argent... Lorsque j'ai posé la question à l'ancienne ministre de la Santé qui a fait adopter la Loi canadienne sur la santé, lorsque je lui ai demandé ce qu'elle ferait si elle ne pouvait pas obtenir ici les soins appropriés—cela se passait ici, dans cette même salle—lorsque je lui ai demandé ce qu'elle ferait...

Mme Clancy: Oui, mais si...

M. Halliday: Juste un instant. Il y avait trois spécialistes au Québec dans une certaine «super spécialité». Deux d'entre eux étaient partis, et il en restait un. Alors, j'ai demandé à la ministre: «Si vous pensiez ne pouvoir obtenir les soins dont vous avez besoin et dont vous voulez bénéficier, que feriez-vous?» Elle m'a répondu qu'elle irait aux États-Unis. C'est dans le compte rendu.

[*Text*]

That is the type of two-tiered health care system that bothers me, and I do not want to see that happen here. What I am pleading for is a system whereby those of us who can afford to pay a little extra are going to pay that little bit extra one way or another to get it into the system so we can afford this research. We are not going to have the research that Dr. Lomas wants and deserves unless we do that.

Dr. Lomas: Let me start by saying that the kind of research I am calling for is not the kind of research that has generally been funded out of clinical earnings in medical schools. The kind of research that gets funded out of clinical earnings in medical schools has tended, most of the time, to be basic science, bench research, development of new interventions. The kind of research that I am calling for is research of the applied type that looks at evaluating already-existing technologies that are being produced by those research funds for their appropriateness and their appropriate use in the health care system. That is the first point.

Before we leave that point, I also found that source of research funds, the loss of that, was an excellent loss. As a researcher who is concerned about the quality of research, those funds were a source of massive amounts of research that was poorly done and not peer reviewed.

I am a supporter of the kind of research that gets done as a peer review, the sort of thing that NHRDP does. I have to justify that the methodology I am going to use for my research will produce valid answers, which will exclude competing hypotheses to explain the data. That kind of research was not done with clinical earnings research.

Mr. Halliday: Some of it has. I accept your criticism, but in the future I think physicians are coming to realize that we have to do exactly as you say.

Dr. Lomas: Okay.

Mr. Halliday: I think the medical associations are realizing that, too.

Dr. Lomas: The next question, then, is: how do we realize funds to do the research on the one hand, and secondly, how do we realize the funds to achieve health in the population? That is the comment I made earlier about alternative parts to health.

It seems to me that your responses, Dr. Halliday, are concerned with how we should put more money into the health care system. I thought I had tried to say up front that the issue I see as a public policy issue—and a lot of the research evidence indicates this—is that more money into the health care system will do very little, very little at all, to produce health, that more money to produce health is better spent elsewhere, outside the health care system. The amount

[*Translation*]

Et c'est précisément ce type de système de soins de santé à deux paliers qui m'inquiète, et je ne veux pas que cela se produise ici, chez nous. Je plaide en faveur d'un système où ceux qui peuvent se permettre de payer un petit peu plus soient effectivement appelés à contribuer un peu plus, d'une façon ou d'une autre, pour investir cet argent dans le système et financer ainsi la recherche. Ce n'est qu'à cette condition que nous pourrons nous offrir le genre de recherche que désire et mérite le docteur Lomas.

M. Lomas: Permettez-moi tout d'abord de préciser que le genre de recherche que je réclame n'est pas du tout celui que l'on finance normalement grâce aux revenus de nos activités cliniques dans les facultés de médecine. Dans les facultés de médecine, il s'agit beaucoup plus de recherche fondamentale, de recherche de laboratoire, de mise au point de nouvelles interventions. Non, ce que je réclame, c'est de la recherche appliquée qui se penche sur les technologies existantes que l'on met au point grâce aux fonds de recherche, parce que ces technologies présentent un intérêt pour le système de santé et qu'elles ont une utilité pour ce système. Voilà pour mon premier point.

Mais avant que nous passions à autre chose, je dois vous dire que la perte des fonds de recherche n'est pas à regretter. En qualité de chercheur soucieux de conduire des recherches de qualité, je peux vous dire que ces fonds donnaient lieu à d'importantes quantités de recherches mal effectuées et soumises à aucune évaluation professionnelle.

Je suis tout à fait en faveur du genre de recherche effectuée dans le cadre d'une évaluation professionnelle, comme c'est le cas avec le PNRDS. Il faut prouver que la méthodologie adoptée pour la recherche donnera lieu à des réponses valables, exemptes de toute hypothèse contradictoire pour expliquer les données. Eh bien, ce n'est pas là le genre de recherche que l'on effectue grâce aux revenus cliniques.

M. Halliday: Il y en a qui ont été faites dans ces conditions. Je suis d'accord avec la critique que vous formulez, mais, dans l'avenir, je crois que les médecins se rendront compte que nous devons fonctionner comme vous le dites.

M. Lomas: Parfait.

M. Halliday: Je pense que les associations médicales s'en rendent également compte.

M. Lomas: Alors, la question qui se pose est la suivante: «D'où tire-t-on les fonds qui seront destinés à la recherche, d'un côté, et, d'un autre, comment financerons-nous les soins de santé de la population?» Cela nous ramène à ce que je disais plus tôt à propos des solutions de remplacement aux soins de santé.

Malheureusement, dans vos réponses, docteur Halliday, il me semble que vous parlez beaucoup plus d'investir des sommes supplémentaires dans le système de santé. Or, je pensais avoir dit d'emblée que je voyais dans tout ce problème une question de politique publique et, comme tentent de le prouver une grand nombre de constats de recherche, tout accroissement des sommes destinées au système de santé ne peut donner que de maigres résultats; en

[*Texte*]

of money we currently have in the health care system is very poorly spent. That was the purpose of a lot of the research information I was giving.

If the picture I painted from the research evidence I gave is even half accurate, there are huge sums of money to be realized out of that system to do better peer-reviewed research, to be able to apply funds to areas of unmet need that exist; mammography screening in women over the age of 55 is an excellent example. There is an extremely low incidence of mammography screening of women over the age of 55, demonstrated to be extremely effective at reducing mortality from breast cancer.

• 2230

I could give other examples, but one is redirecting the funds that are poorly spent within the existing health care system to better uses within that health care system, to research within that health care system, and ultimately, we would hope, to other expenditures outside the health care system that can produce health. To say that what we should do before we do that is to reach into our pockets and put more money into the system is to provide ongoing reasons as to why we should not bite the bullet and scrutinize what is going on in medical care in order to make sure we use those funds better.

I cannot agree, whether it is public or private funds—in this sense it is irrelevant—that providing more funds to our health care system is an answer to anything except the aspirations of those who acquire their incomes, whether they be hospitals or physicians or whatever, from the health care system.

Dr. Marmor: This is an extremely tricky area, I must say, Dr. Halliday, and I must say I disagree with much of what you say, but you said it in the most charming way. I have never had—

Mr. Halliday: You are a politician too.

Dr. Marmor: I have never had such substantial disagreement with such genial feelings.

Let me try to be pointed about it, but in the friendliest possible way. I think you are touching on an important political point trying to teach us something and saying, look, you know this area as well or better than we do, and that some things get support faster than others quite apart from their beneficent effects. I agree. My professional area is as a political scientist. I know you are right, but you have more experience.

It is hard to fund certain kinds of research, although you know it is relevant. Jonathan was talking about cuts, so it must have been possible before. It cannot have been impossible or you would not have the cuts to lament. Right? That is point one.

[*Traduction*]

effet, pour améliorer la santé de la population, mieux vaut investir ailleurs, hors du système de santé. A l'heure actuelle, les sommes que l'on consacre à ce système sont très mal utilisées. C'est ce que je me suis efforcé de démontrer dans les données que je vous ai remises.

Et même si je n'ai qu'à moitié raison dans le constat de mes recherches, il demeure que nous pourrions prélever des masses considérables d'argent dans ce système pour améliorer la recherche soumise à une évaluation par les pairs, pour financer des secteurs de recherche où l'on n'a pas répondu à tous les besoins. L'examen mamographique effectué sur les femmes de 55 ans et plus en est un excellent exemple. On effectue très peu d'examens mamographiques sur les femmes de plus de 55 ans, même si cet examen est très efficace dans la diminution de la mortalité due au cancer du sein.

Je pourrais vous suggérer d'autres solutions, mais il en est une qui consiste à utiliser à de meilleures fins, notamment pour la recherche, les fonds qui sont actuellement mal employés dans le système de santé; plus tard, nous pouvons l'espérer, nous pourrions même les utiliser à l'extérieur de ce système, dans des projets axés sur l'amélioration de la santé. Mais si l'on dit qu'avant cela, il faudrait mettre la main à la poche pour injecter plus d'argent dans le système, on se trouve à justifier le fait qu'on ne serre pas les dents, qu'on n'examine pas ce qui se passe du côté des soins médicaux, ce qui nous permettrait de nous assurer d'une meilleure utilisation des fonds.

Je ne suis pas d'accord pour dire qu'une augmentation du financement—que celui-ci soit de provenance publique ou privée, dans un sens, cela n'a pas d'importance—de notre système de santé soit une réponse à tous nos maux, hormis peut-être dans le cas de ceux qui vivent de ce financement, qu'il s'agisse des hôpitaux, des médecins ou autres.

M. Marmor: Je dois vous avouer, docteur Halliday, que c'est un sujet particulièrement délicat, et je suis en désaccord avec presque tout ce que vous avez dit, mais, d'un autre côté, vous l'avez fait de la plus charmante des façons. Je n'ai jamais été. . .

M. Halliday: Vous aussi faites de la politique.

M. Marmor: Je n'ai jamais été en désaccord aussi profond avec des sentiments aussi géniaux.

Je vais essayer de préciser ma pensée, mais de la façon la plus amicale possible. Je crois que vous mettez le doigt sur un aspect politique important quand vous vous efforcez de nous démontrer quelque chose en nous disant: vous connaissez ce secteur aussi bien, si ce n'est mieux, que moi et en affirmant qu'il y a certains volets qui sont financés plus rapidement que d'autres, sans égard à l'effet bénéfique. Je suis d'accord. J'exerce ma profession dans le domaine des sciences politiques. Je sais que vous avez raison, mais vous avez plus d'expérience que moi.

Il est difficile de financer certains types de recherche, même si l'on sait que la chose est justifiée. Si Jonathan nous a parlé de coupures, c'est que la chose devait, avant, être possible. Ce ne pouvait être autrement, ou alors, à propos de quelles coupures pourrions-nous nous lamenter. Exact? Voilà pour un.

[*Text*]

As point two, I do not have a lot to contribute to the marginal commentary on research, whether it is of a health services kind or a medical care, except to say one thing. It is the case that research on effective or ineffective care and research on basic science really travels very well intellectually. There is no reason to believe that if you get a finding in another place you cannot use it here, so there is a free rider possibility; that is, that you can procure elsewhere some findings and use them.

It is also true, as you were asking—this is an important matter that Jonathan does not touch—to what extent does the research environment affect your high flyers in medical care, and the loss of them? That is a problem in Canada and there is no way to avoid it. There is no way to avoid that pressure because they were operating in the international market, and you cannot treat every exit as a sign that your system is bad, for goodness' sake.

Mrs. Clancy: It has to do with climate as much as anything.

Dr. Marmor: That is possible, but I do have—it might be very useful, and I will make it available to your committee—an extraordinary, touching letter from a professor of surgery in Toronto who went back to St. Louis, a classmate of mine from college, and he talks about what he left and what he got. I think it would be illuminating.

What I want to say, though, is that you use in the financing area what we call in the profession a zombie. A zombie is an idea that refuses to die. No matter what you say about it, it recreates itself. What I mean by that is that there is no difference between the wealthy in the community reaching into their pockets and paying when they are ill for some care and something you would call a sickness tax because it is paid when you are sick. It follows logically that if you pay it when you are sick and you pay it always when you are sick, it is a sickness tax restricted to the wealthy.

I think it is not sensible public finance to have a sickness tax if you believe that the wealthier ought to pay more for medical care than they are now paying. You have an alternative way of financing, which is not to do it when they are sick but when they are well. I think there is no intellectual argument against that.

Let me just cite for you a document that was produced in Ontario called *Patient Cost Sharing—Snare Delusion* some years ago by the Ontario Economic Council. None of its ideas has gotten bad with time but, by God, it really is extraordinary how those arguments do not get cast in intellectual stone.

Anyway, my view is that you are experienced men. I am unlikely to persuade you just on one time, tonight. I just want to differ respectfully on that point and say that there is a body of evidence that bears on it.

[*Translation*]

Deuxièmement, je n'ai pas grand-chose à apporter dans le débat secondaire sur la recherche, qu'il s'agisse de santé ou de soins médicaux, si ce n'est que j'aurais une chose à dire. Sur le plan intellectuel, les échanges sont très faciles entre la recherche en matière de soins efficaces ou inefficaces et la recherche fondamentale. Il n'y a aucune raison de croire que si l'on fait une découverte dans un de ces domaines de la recherche, on ne pourra pas l'utiliser ailleurs, de sorte qu'on peut bénéficier de ce qui se fait sur tel ou tel plan; autrement dit, on peut utiliser les découvertes faites par ailleurs.

Et cela se vérifie également dans le cas de la question que vous posez—un sujet important que Jonathan n'aborde pas—à savoir dans quelle mesure l'environnement particulier de la recherche a-t-il un effet sur la crème du corps médical et sur le départ éventuel de ces chercheurs? C'est un problème au Canada, et il n'y a pas moyen de l'éviter. Il n'y a aucune façon d'éviter ce genre de pressions parce que, après tout, ces gens sont de classe internationale, et l'on ne peut considérer que chaque départ est un autre signe des défauts du système.

Mme Clancy: C'est beaucoup plus lié au climat qu'à n'importe quoi d'autre.

M. Marmor: C'est possible, et je pourrais d'ailleurs vous remettre, ce qui vous serait très utile, la lettre d'un professeur de chirurgie de Toronto... C'est un témoignage extraordinairement touchant. C'est un ancien camarade de classe du collège, qui est retourné à Saint Louis. Dans sa lettre, il me parle de ce qu'il a laissé derrière et de ce qu'il a gagné. C'est très révélateur.

Je tiens à vous dire que, dans le domaine du financement, vous avez recours à ce que nous baptisons, dans la profession, un zombie. Un zombie est une idée qui refuse de mourir. Peu importe ce qu'on en dit, elle se régénère. Ce que je veux dire par là, c'est qu'il n'y a aucune différence entre le fait de faire payer les bien nantis quand ils sont malades et ce que vous pourriez appeler un impôt sur la maladie que l'on verse quand on est malade. En effet, si vous payez cet impôt quand vous êtes malade, et vous le payez toujours quand vous êtes malade, il s'agit bel et bien d'un impôt sur la maladie qui n'est exigé que des riches.

Si vous pensez que les riches devraient payer plus pour recevoir des soins médicaux, je ne pense pas qu'il soit raisonnable, sur le plan des finances publiques, d'exiger un impôt sur la maladie. Il y a une autre façon d'agir, et c'est de les faire payer non pas quand ils sont malades, mais quand ils sont bien portants. Et personne, je pense, ne s'opposera à cela.

Je pourrais vous parler d'un document intitulé: *Patient Cost Sharing—Snare Delusion*, publié il y a quelques années par le Conseil économique de l'Ontario. Aucune des idées qu'il contient n'a mal vieilli, mais, non Dieu, c'est extraordinaire de constater à quel point il est difficile de les intégrer dans le débat intellectuel.

Quoi qu'il en soit, comme j'estime que vous êtes une personne d'expérience, je ne crois pas parvenir à vous convaincre ce soir, en une seule fois. Je me permettrai, simplement et respectueusement, de diverger d'opinion sur ce point et de vous dire que de nombreux faits abondent dans mon sens.

[*Texte*]

• 2235

Mr. Halliday: Mr. Marmor, you are a very gracious and kind visitor here. You have outdone yourself tonight.

I wish to raise one other issue. It relates to Quebec and what is going on there, and the rather good comments that Mr. Marmor made about the situation in Quebec only this morning.

In fact, this afternoon after lunch I talked to somebody who is as well acquainted with the medical scene across this whole country as anybody. He told me that Quebec, in relation to the so-called user fee, will have a bonanza in the next few years from the combination of their provincial sales tax with our new GST tax here. They are going to have so much extra revenue that they are going to be able to thumb their noses at the federal government as we gradually decrease, as we are doing, our share to them. They are not going to care about that little share that they are going to be getting from us for health care.

This is reality. I think we have to look at the possibility of that happening in the other provinces too.

Dr. Marmor: I think that is Jonathan's point. I would second it, and I do not think we have a disagreement.

Mr. Halliday: No.

Mrs. Clancy: I do not think you have to worry about the Maritimes.

Ms Greene: You will still need it.

Mrs. Clancy: We will still need every cent.

Mr. Halliday: I have just one last question. Dr. Marmor suggested that if you had to name one country that was best with health care, it would be Canada. I can understand why he said that. As my simple, naïve question, why have six or seven provinces in the last three or four years all instituted studies on the health care system?

Dr. Marmor: My short answer to that is—

Dr. Lomas: Preventive way.

Dr. Marmor: That is as good as any, but let me give a very serious answer. That is the question I most care about. How is it possible that I can say Canada is quite well comparatively and yet Canadians are so worried about their medical care? Is that not an evidence—

Mrs. Clancy: Canadian governments. It is not Canadians.

Dr. Marmor: That is right, Canadian governments as evidenced by this phalanx of commissions across Canada. Bob Evans is in British Columbia, other people in Alberta, other people in the Maritimes. My serious, considered 20-years-of-experience answer is the following.

The architecture of public expenditure for health care in Canada assures that governments will wring their hands about medical care expenditures till the cows come home. The reason is that you concentrate the expenditures at a level

[*Traduction*]

M. Halliday: Monsieur Marmor, laissez-moi vous dire que vous êtes un visiteur très aimable et très prévenant. Et vous vous êtes surpassé ce soir.

J'aimerais soulever un autre point. Celui-ci concerne la situation au Québec et il nous ramène aux excellents commentaires de M. Marmor, de ce matin, à ce propos.

En fait, cet après-midi, après le déjeuner, je me suis entretenu avec quelqu'un qui connaît tout autant le milieu médical canadien que n'importe qui d'autre. Eh bien, cette personne m'a dit, à propos du ticket modérateur, que le Québec allait faire une véritable affaire au cours des prochaines années, surtout qu'en plus, la province a adopté une taxe de vente provinciale qui se surimpose à la TPS. La province va se retrouver avec un excédent de revenus tel qu'elle pourra faire des pieds de nez au gouvernement fédéral qui est déjà en train de diminuer progressivement ses transferts de fonds. Le Québec ne s'inquiétera même plus du peu de fonds qu'il recevra de nous, pour son système de santé.

La voilà la réalité. Et je crois que nous devons envisager la possibilité qu'une telle situation se reproduise dans d'autres provinces.

M. Marmor: Je vais laisser la parole à Jonathan, j'interviendrai après et je ne pense pas que nous serons en désaccord.

M. Halliday: Non.

Mme Clancy: Je ne pense pas que vous ayez à vous inquiéter des Maritimes.

Mme Greene: Mais vous en aurez encore besoin.

Mme Clancy: Nous aurons encore besoin de chaque cent.

M. Halliday: J'aurai une dernière question à poser. Le docteur Marmor a déclaré que s'il était un pays qui excelle dans le domaine des soins de santé, c'est le Canada. Je comprends pourquoi. D'où ma question très simple, voire naïve, pourquoi au cours des trois ou quatre dernières années six ou sept provinces ont-elles lancé des études sur le système de santé?

M. Marmor: En bref, je vous dirai que...

M. Lomas: Que c'est une question de soins préventifs.

M. Marmor: Oui, c'est aussi bon que le reste, mais permettez-moi de donner une réponse sérieuse. C'est une des questions qui m'intéressent le plus. Comment puis-je affirmer que le Canada se porte assez bien par rapport à d'autres pays alors que les Canadiens semblent tellement inquiets? N'est-ce pas la preuve...

Mme Clancy: Les gouvernements canadiens, pas les Canadiens!

M. Marmor: C'est exact, les gouvernements du Canada, comme le prouve cette pléthore de commissions dans tout le pays. Bob Evans en Colombie-Britannique, d'autres en Alberta, d'autres encore dans les Maritimes. Eh bien, ma réponse sérieuse, qui s'appuie sur vingt ans d'expérience, est la suivante.

À cause de la structure même des dépenses publiques en matière de santé au Canada, les gouvernements ne peuvent faire autrement que de se tordre constamment les mains d'inquiétude à propos des dépenses dans le domaine des soins

[*Text*]

of government that is visible. The expenditures constitute a very high proportion of public expenditures and taxation in the provinces. It must follow that all of the other competitors for public funds will find it in their interest to complain about those expenditures on the one side. Secondly, the providers on the other will find every reason to bring all their complaints to those spenders.

Maybe their complaints are justified, but their expression is not sufficient evidence that they are justified. Do you not see? It is a funnel for complaint. You have to discount for it because you have structured it appropriately to balance cost against benefit.

I would say that as long as your citizens basically think the scheme is fair, as long as your outlays are not out of control, and as long as your ineffective care is not out of line with the ineffective care we find in most places, do not take that as a counsel of despair; take it as normal operating procedure and get on with the more detailed work beneath that level of crisis talk, which is not only are you doing pretty well, but how could you do better, particularly in not spending resources on things that are not worth spending resources on. That is the most thoughtful answer I can give.

Dr. Lomas: My response is that it is also the case that we have done very little in the way of changes to the structures of our provincial health care system since they were introduced in the 1960s.

While the structure and organization of those systems have stayed relatively constant throughout that time, our knowledge, our values, our attitudes, our approaches, our aspirations, have changed very significantly. I think the dissonance we see between, on the one hand, the ability to say we are satisfied with our health care system and, on the other hand, the need to keep investigating and having commissions of investigation about our health care system reflects that situation.

I think one of the issue that is very constant, which is constant across all of those provincial commissions, is the realization that the relationship between our health care systems and our population's health is not as direct, is not as precise, is not as all-encompassing as we thought when we first established our health care systems in the 1960s.

• 2240

A constant theme throughout them has been the need to try to co-ordinate public policy across not just our ministers of sickness care, otherwise known as ministers of health, but our ministers of community and social services, our ministers of housing. It is no coincidence that there was a premier's council on health in Ontario, that there is a proposal for a premier's council on health in Nova Scotia, and that the idea of a conjoint committee in Albert exists, and so on.

[*Translation*]

médicaux. La raison tient au fait qu'on concentre les dépenses à un niveau visible. Ces dépenses représentent en effet une partie très importante des dépenses publiques et des revenus fiscaux des provinces. Il s'ensuit que tous ceux qui courent après les mêmes fonds publics estimeront qu'il en va de leur intérêt de se plaindre de ces dépenses. Deuxièmement, ceux qui dispensent ces services trouveront, eux aussi, des tas de raisons de se plaindre auprès de ceux qui dépensent les fonds.

Il est possible que leurs plaintes soient justifiées, mais le simple fait de les formuler ne suffit pas à les rendre crédibles. Vous voyez donc que ce système est un catalyseur de plaintes. Et vous devez en tenir compte, parce qu'il est bâti de sorte à équilibrer les coûts en fonction des bénéfices.

Mais attention, n'y voyez pas là un cri de désespoir tant que nos compatriotes penseront que, dans l'ensemble, le système est équitable, tant que vos dépenses n'échapperont pas à tout contrôle et tant que vos soins inefficaces ne seront pas plus inefficaces que les soins inefficaces que l'on offre ailleurs. Estimez que cela fait partie de la procédure et attardez-vous aux détails que cache ce débat de crise, arrêtez-vous à la question de savoir non pas si vous vous en sortez relativement bien, mais plutôt comment vous pourriez faire mieux, notamment en vous assurant de ne pas dépenser des fonds pour des choses qui n'en valent pas la peine. Voilà, c'est la réponse la plus réfléchie que je puisse vous livrer.

M. Lomas: Quant à moi, je dirai que cela tient aussi au peu de changements que nous avons apportés aux structures de nos systèmes de santé provinciaux, depuis leur adoption en 1960.

Alors que la structure et l'organisation de ces systèmes sont demeurées relativement stables au fil des ans, les connaissances que nous avons acquises, nos valeurs, nos attitudes, nos approches et nos aspirations ont grandement changé. Et je vois dans cette dichotomie entre, d'un côté, la satisfaction que nous éprouvons face à notre système de santé et, de l'autre, la nécessité de continuer à nous interroger, à nommer des commissions d'enquête sur notre système de soins de santé, le reflet même de cette situation.

Mais je crois que toutes ces commissions provinciales se rendent compte que le rapport entre nos systèmes de santé et la santé publique n'est pas aussi direct, pas aussi précis, pas aussi global que nous avions pu le penser quand nous avons instauré ces sytèmes dans les années 1960.

On retrouve un constante dans les recommandations de ces commissions: la nécessité de coordonner les programmes publics non seulement entre nos ministres des soins aux malades, que l'on appelle plus couramment ministres de la santé, mais aussi entre nos ministres des services communautaires et sociaux, nos ministres du logement. Ce n'est pas une coïncidence qu'il y ait un conseil consultatif en matière de santé auprès du premier ministre, en Ontario, que l'on se propose d'instituer un tel conseil en Nouvelle-Écosse, et qu'on retrouve cette même idée en Alberta, etc.

[*Texte*]

I think a lot of the concerns we have are less about the specifics of a health care system, which we are talking about now, and much more about the context in a public policy sense, in which those health care systems across the different provinces exist. That comes through clearly in the messages of all of those commissions.

I think that leads us back to almost where I started, at least, which is that the principal reason for you to be concerned about cost containment in the health care system is the inability to be able to address these other alternative paths to achieving health as long as we have that hyena chewing on our public expenditure foot.

Dr. Marmor: Or successfully chewing on our expenditure foot, because there is no alternative to chewing.

Mr. Halliday: I had not thought of this before, but I read last week that 25 years ago we had a population bulge going through our schools, and 10 years ago to 15 years ago we had a population bulge going through our prisons. Now that population bulge is heading into the senior citizens age, where increased demands are there for health care. We are going to face a tremendous increase in cost because of that population bulge, unless we do things to change how we deliver the system and make it more effective.

Dr. Marmor: There is no question that there will be pressure from the aging of the population, but research has shown that the contribution to cost escalation of the aging itself, as opposed to the intensity of service or the price of service, is much less than has been imagined. Aging in and of itself is not the principal component. The principal component is the random expansion of the activities we engage in without the proof that Jonathan was talking about and, second, the price per unit service.

We ought to celebrate the greying of our societies rather than lament it. It is testimony to success. We cannot do anything about that, but we can do something about silly care or we can do something about silly prices. That is a more promising suggestion than rearranging the distribution of the age groups in our population.

Mr. Cole: This may be a technical question, but one of the things I have always had a problem with, and it relates to—maybe it is the Canadian psyche; I do not know. When you have one organization raising funds and a second organization receiving and then delivering those funds, the responsibility on the organization delivering the funds is really the one that is going to have to eliminate effectively the 20% or the 10% that is not used. Yet the incentive is not as significant.

[*Traduction*]

Mais je crois que la majorité des préoccupations que nous exprimons ici, en ce moment, concernent beaucoup moins les détails de fonctionnement de tel ou tel système de santé, mais beaucoup plus le contexte dans lequel prennent place les différents systèmes de santé provinciaux, vu sous l'angle de la politique publique. C'est du moins ce qui ressort très clairement des rapports de ces commissions.

Et cela nous ramène presque là où j'ai commencé: la principale raison pour laquelle vous devez vous préoccuper des compressions budgétaires effectuées dans le système de santé tient à notre incapacité de nous tourner vers des solutions de remplacement pour dispenser des soins à la population, tant que nous traînerons ce boulet aux pieds dans le domaine des dépenses publiques.

M. Marmor: Ou tant que nous traînerons ce boulet aux pieds, parce qu'il n'y a pas d'autres solutions.

M. Halliday: Il y a une chose à laquelle je n'avais jamais pensé avant, mais la semaine dernière, j'ai lu qu'il y a 25 ans les classes pleines de la population envahissaient nos écoles, et il y a 10 ans ou 15 ans, les classes pleines de la population se retrouvaient en prison. À présent, les classes pleines de la population abordent l'âge d'or, un âge où la demande de soins de santé augmente. Nous allons avoir à faire face à une incroyable augmentation de coûts, à cause de cette arrivée massive de personnes âgées, sauf si nous faisons quelque chose pour améliorer le système, pour le rendre plus efficace.

M. Marmor: Il ne fait aucun doute que nous allons sentir la pression du vieillissement de la population, mais des études ont démontré que la contribution des personnes âgées à l'accroissement des coûts, par opposition à une intensification des services ou à une augmentation des prix du service, est bien inférieure à ce qu'on pouvait imaginer. En soi, le vieillissement de la population n'est pas le principal. Le principal problème, c'est plutôt l'expansion aléatoire des activités dans lesquelles nous nous lançons alors qu'on ne dispose pas des preuves dont Jonathan parlait plus tôt et, deuxièmement, c'est aussi le prix unitaire des services.

Plutôt que de nous lamenter du vieillissement de la population, nous devrions nous en réjouir. Elle est un témoignage de notre réussite. Nous n'y pouvons rien, mais nous pouvons lutter contre les soins déraisonnables ou les prix déraisonnables. Voilà qui donnera de bien meilleurs résultats que de repenser notre pyramide des âges.

M. Cole: J'aurai une question peut-être technique à vous poser. Elle concerne un aspect qui m'a toujours causé beaucoup de difficulté. . . mais cela tient peut-être à la psyché canadienne, je ne sais pas. Quand on a, d'un côté, un organisme qui prélève des fonds et, de l'autre, un organisme qui reçoit ces fonds et qui les redistribue, c'est en fait le premier qui est véritablement investi de la responsabilité d'éliminer 10 p. 100 ou 20 p. 100 du budget. Mais, par ailleurs, l'encouragement pour ce faire n'est pas aussi important.

[*Text*]

I understand what you are saying about non-transfer to the provinces, because that takes the hammer away from the feds, but is the answer to put the weight on the feds? Then the feds would be responsible for not only the raising of the funds but also the delivery of the funds. Let us not say we cannot, because I think it is just where... I just want to see the exercise. That is what I am looking for.

Dr. Lomas: This is a technical question in some ways, but it is also a political question. The political question is, who is accountable?

Mr. Cole: Exactly.

Dr. Lomas: The problem that you identify, I think, is a significant problem in the current structure of the Canadian health care system. The people who receive the funds are just another lobby group to ask for more funds, because they are not really accountable to anybody for the expenditure of those funds—those people being hospitals and physicians, not provinces.

Mr. Cole: Okay.

Dr. Lomas: So on a provincial end you have an extent to which that operates as well, obviously. As a federal government, you know that. You have provinces coming and saying constantly that you are underfunding, etc. But for the provinces, the real issue becomes: the provinces also raise the funds. They raise them from you, they raise them from payroll deductions, and so on. Then they give them to somebody else to deliver the services. At the moment that is very decentralized and nonaccountable. They give them to individual physicians, they give them to hospitals, etc., and they spend them. They are not really accountable to anybody, and other than the point I made earlier, their own professional colleagues in the form of medical self-regulation is all they are accountable for. So the question then becomes how to make a level of accountability for those delivering the funds.

• 2245

The other significant constant component of recommendations in those provincial task forces has been the setting up of regional bodies, decentralizing health care to have a management and resource allocation fund at the regional body level. Quebec, Saskatchewan, Nova Scotia, and probably, when they report, the British Columbia royal commission all argue for this.

Now you are establishing a body... In Quebec they rejected the idea of electing them, although that was the proposal from the Rochon commission, and went to a position of having them largely appointed from elected people. But now you have made an entity that is accountable to deliver the services.

The next problem you have is that you make them accountable but you do not give them any tools to be accountable with, unless you provide them with management tools. So they have to have the capacity to be able to say: we

[*Translation*]

Je comprends ce que vous voulez dire en parlant d'interruption des transfets aux provinces, parce que, ce faisant, on retire la massue de la main du fédéral. Mais la solution revient-elle à mettre plus de poids sur le gouvernement fédéral? Si telle était la solution retenue, le gouvernement fédéral ne serait pas uniquement chargé de prélever les fonds, mais aussi d'en administrer la destination. N'allons pas jusqu'à dire que la chose n'est pas possible, car je crois qu'il s'agit juste... En fait, je veux voir la chose fonctionner. Voilà ce que j'attends.

M. Lomas: D'une certaine façon, c'est certainement une question technique, mais elle est également politique. Sur le plan politique, on peut se demander qui est responsable?

M. Cole: Exactement.

M. Lomas: Le problème que vous venez de soulever est, je pense, un problème très important dans la structure actuelle du système de santé canadien. Ceux à qui les fonds sont destinés ne sont qu'un autre groupe de pression qui réclame sans cesse plus d'argent, car ils n'ont pas vraiment à répondre de leurs dépenses devant qui que ce soit... il s'agit des hôpitaux et des médecins, et non des provinces.

M. Cole: D'accord.

M. Lomas: Et puis, au niveau provincial, vous savez très bien, en tant que gouvernement fédéral, qu'on assiste à un prolongement de ce phénomène. Les provinces viennent vous voir et vous déclarent constamment que vous ne les financez pas suffisamment. Mais en fait, pour les provinces, le fonds du problème c'est qu'elles aussi prélèvent des fonds. Elles prélèvent des fonds auprès de vous-même, par le biais des déductions sur la paie, etc. Elles donnent alors cet argent à quelqu'un d'autre pour fournir des services. Pour l'instant, tout cela est très décentralisé et personne n'a à rendre de comptes. Les provinces versent cet argent aux médecins, aux hôpitaux, etc... Bref, elles le dépensent. Ils n'ont pas vraiment à répondre de leur décision, si ce n'est auprès des collègues de la profession, sous la forme d'une autoréglementation médicale qui s'applique à tout le monde, c'est ce dont je vous parlais plus tôt. La question est donc de savoir comment rendre responsables ceux qui dépensent ces fonds.

L'autre constante importante dans les recommandations des groupes de travail provinciaux est la constitution d'organismes régionaux, la décentralisation des soins de santé de sorte que la gestion et l'affectation des ressources se fassent à l'échelon de l'organisme régional. Les commissions du Québec, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse et peut-être même celle de la Colombie-Britannique, une fois qu'elle aura remis son rapport, se sont toutes prononcées dans ce sens.

Lorsque vous créez un organisme... Au Québec, le gouvernement a rejeté l'idée de faire élire les membres, malgré la proposition faite en ce sens par la Commission Rochon, et il a opté pour choisir la majeure partie de ces personnes parmi les élus. Quoi qu'il en soit, ce faisant, on dispose d'une entité qui doit rendre compte en matière de prestation de service.

Mais au-delà de cette responsabilisation, il convient de doter ces organismes des instruments de gestion nécessaires, pour leur permettre de déclarer qu'ils ne veulent plus d'autres médecins dans telle ou telle région, parce que,

[*Texte*]

do not want any more physicians in this region; we are accountable for the expenditure of these funds. You cannot have them accountable for the funds, responsible, without giving them the right to determine how those funds are spent. So you must have that management right to exclude physicians, determine how hospitals are built, etc. A lot of rice bowls are getting broken already.

The next component is that if you base the amount of funds they get on the current use of services in that particular geographic area then you are perpetuating all the inequalities you wanted to get rid of by going to this mechanism. So now you have to think—and this is where the technical question comes in—how to convert your funding mechanism into something that is independent of the current number of physicians and hospital beds and services in that facility.

People within our centre, the health economics and policy analysis, have recently produced some documents the provincial government of Ontario is looking at that have found a funding mechanism, based on the resource allocation of working party mechanisms in the United Kingdom, that allocates funds from whatever size of pie you may want to have in the aggregate, dividing it up by regions relative to the health needs, where you use proxies for the health needs of particular regions of the country. Those proxies for health needs determine the full size of the pot that goes to a particular region.

This management body, which is accountable, that you have put in place then has a need-based rather than a use-based pot of money to apportion across all the competing demands in its region. You have now built a system that is potentially much more responsive to the community needs, a system that is accountable for the expenditures it makes, and a system that in theory will produce for you a much better distribution and more efficient use of those facilities.

But note that to do this we have broken the rice bowl of just about every vested interest that currently exists in the system.

Dr. Marmor: That would be my point, that talking about an alternative, which involves a radical transformation of every aspect of the system, has a small probability of being done, and I would urge you on this sort of question not to run away with your thoughts about the problems of accountability. Take a close, comparative look at your present performance. Do not measure it by the ideal, but by the doable.

I think what you would say is roughly this. Your present system, although leaving aside the current reductions, is a scheme where there is some central funding, which is then allocated out. There is no reason why the provinces cannot

[*Traduction*]

justement, ils ont la responsabilité de la gestion des fonds qui leur sont alloués. On ne peut pas les tenir responsables de ces fonds sans leur donner le droit d'arrêter la destination de cet argent. Il faut donc que cet organisme ait un droit de gestion, le droit de ne pas recruter de médecins, celui d'intervenir dans la construction des hôpitaux, etc. À ce stade, on se trouve à avoir déjà brisé un grand nombre de «bols de riz».

En outre, si vous redistribuez les fonds en fonction des niveaux actuels de services offerts dans telle ou telle région géographique particulière, vous vous trouvez à perpétuer les iniquités que vous désirez, précisément, éliminer. Et c'est à ce stade qu'intervient l'aspect technique de la question, puisqu'on doit se demander comment parvenir à convertir le mécanisme de fonctionnement en place en un système qui ne dépende pas du nombre actuel de médecins et de lits d'hôpitaux et de services.

Récemment, nos gens du centre d'analyse politique et d'économie de la santé ont produit certains documents que le gouvernement de l'Ontario est en train d'étudier. Dans ces documents, on propose un mécanisme de financement fondé sur le modèle de l'affectation des ressources des organes de travail au Royaume-Uni et selon lequel les fonds provenant de n'importe quelle enveloppe budgétaire sont répartis par région en fonction des besoins de santé, ces derniers ayant été calculés par approximation pour l'ensemble du pays. Or, ce sont ces calculs d'approximation qui servent de base à l'établissement de l'enveloppe globale qui sera attribuée à telle ou telle région.

Cet organisme de gestion, qui doit rendre compte, fonctionne alors suivant un système fondé sur le besoin, plutôt que sur l'utilisation, pour partager les fonds entre les différents demandeurs de la région. Dès lors, on dispose d'un système qui risque d'être beaucoup mieux adapté aux besoins de la communauté, on a un organisme qui est responsable des dépenses qu'il effectue et, en théorie, on devrait pouvoir parvenir à une répartition et à une utilisation beaucoup plus efficaces des moyens mis en oeuvre.

Mais vous ne manquerez pas de remarquer, que pour ce faire, on a littéralement fait fi de presque tous les intérêts que l'on retrouve actuellement un peu partout dans le système.

M. Marmor: C'est exactement ce à quoi je voulais en venir, il est question d'une solution de remplacement qui implique une transformation tellement radicale de tous les aspects du système qu'il y a peu de chance qu'on parvienne à réaliser le changement. À ce propos, je vous invite à ne pas mobiliser toutes vos réflexions autour de la question de la responsabilisation. Examinez de près, et de façon comparative, nos réalisations actuelles. Ne faites rien en fonction d'un idéal, mais plutôt en fonction de ce qui est réalisable.

Voilà, grosso modo, ce que l'on pourrait se dire. Le système actuel—et si l'on fait fi des coupures actuelles—se ramène au financement central à partir duquel s'effectue une redistribution. Il n'y aucune raison pour que les provinces ne

[*Text*]

use need-based allocations themselves. There is no magic about something called a region. After all, a province is a big region. This is a set of public administration dreams that have been put forward a long time, the ideal unit of jurisdiction.

You now have a scheme where those who are administratively responsible for answering for the budgets of expenditure in the provinces are also responsible for raising tax moneys in those provinces. That is why the fights are so terrible in Ontario.

Now, it may be that there are some advantages to using sub-provincial units of administration for some purposes. But there is nothing in principle to stop using needs-based allocation devices; it is just that it is awfully hard politically to break with the current use-based patterns, because you have interests that are stuck there. That political fact is not eradicated or changed one whit by what jurisdictional unit you use. You would face exactly the same fights if you divided it up into 50, 10 or 5.

• 2250

So in my judgment there is no magic here. I would urge you to pay attention to the roller-coaster of administrative change that took place in the United Kingdom between 1974 and the present as they shifted from one level to three levels, back to two levels, to district levels. They have driven everybody crazy in the course of it.

You have a system now that is not at all perfect, but it is not a system that is irresponsible in its allocation of financial responsibility on the one side and accountability on the other side. Just think of it. A minister of health in a province has to be able to justify to other members of the political community why the claim is *x* rather than *x* minus 10%. That is exactly what would happen at the sub-regional level.

I do not think the architecture is so flawed. I think the problem you have is disputes about who should pay what and how much it ought to be. But I do not see any reason to believe... There is one reason, and that is that you may have a problem in communicating to the provincial level the local wants—not needs, but wants—that are hard to communicate in the context of province-wide planning. I do think that is a problem, and there has been experimentation with community-based boards to be a voice for those wants.

Anyway, I have said enough. I am more sceptical about that.

Dr. Lomas: I think I would be correct in saying that you are not rejecting the idea of need-based allocation.

Dr. Marmor: By no means.

Dr. Lomas: I think one thing the committee may be intrigued by, because the idea of needs-based—

[*Translation*]

puissent pas, elles-mêmes, adopter un système d'affectation en fonction des besoins. Il n'y a pas de mystère dans la définition d'une région. Après tout, une province n'est qu'une grosse région. Tout cela correspond à un ensemble de rêves en matière d'administration publique, que l'on a fait il y a longtemps et qui correspondent à l'unité de compétence idéale.

Et voilà qu'on se retrouve avec un système où les personnes qui ont la responsabilité administrative du budget des dépenses dans les provinces sont également responsables de la politique fiscale. C'est pour cela il y a tant d'accrochages en Ontario.

Il peut y avoir, pour les mêmes raisons, certains avantages à créer des unités d'administration sous-provinciales. Mais rien, en principe n'empêche que l'on mette un terme à l'affectation des ressources en fonction des besoins; il est simplement extrêmement difficile sur un plan politique de rompre avec le cadre actuel qui repose sur l'utilisation, car de nombreux intérêts entrent en jeu. La dimension politique n'est nullement supprimée ni modifiée, quelle que soit l'unité de compétence que vous mettez en place. Vous auriez affaire exactement au même conflit si vous aviez 50, 10 ou 5 unités.

Donc, selon moi, il n'y a rien de magique là-dedans. Je vous mets en garde contre la succession des changements administratifs qui sont intervenus au Royaume-Uni entre 1974 et maintenant, ce pays ayant décidé de passer d'un système à niveau unique à un système à trois niveaux, puis de revenir à deux niveaux et enfin d'adopter le système des niveaux de district. Ce faisant, le gouvernement a rendu tout le monde fou.

Vous disposez à présent d'un système qui n'est pas tout à fait parfait, mais ce n'est pas un système qui est irresponsable dans la façon dont sont réparties les responsabilités financières, d'un côté, et dans la façon dont ces dernières sont assumées de l'autre côté. Pensez-y. Un ministre de la Santé d'une province doit être en mesure de justifier auprès des membres de la classe politique pourquoi la demande est de *x* plutôt que de *x* moins 10 p. 100. C'est exactement ce qui se produirait au niveau régional.

Je ne pense pas que la structure du système soit imparfaite à ce point. Je crois que le problème tient aux différends dans la provenance et l'importance des fonds. Je ne vois aucune raison de croire... Si, il y en a une, vous risquez d'avoir de la difficulté à faire connaître au palier provincial les désirs locaux—non les besoins, mais les désirs—qui sont difficiles à faire passer dans le contexte d'une planification conduite à l'échelle provinciale. Mais je ne pense pas qu'il s'agisse d'un véritable problème, et l'on a déjà l'expérience de conseils constitués à l'échelle des collectivités qui, eux, expriment ces désirs.

Quoi qu'il en soit, j'en ai dit assez. Je suis plus sceptique à ce sujet.

M. Lomas: Je ne pense pas me tromper en disant que vous ne rejetez pas l'idée d'une affectation en fonction des besoins.

M. Marmor: Absolument pas.

M. Lomas: Une des choses qui risquent d'intriguer le comité, à cause de cette notion de répartition en fonction des besoins...

[*Texte*]

Dr. Marmor: Do you know what we are talking about? We are saying that you may have a present arrangement such—

Ms Greene: I think that would be extremely problematic. For example, in Toronto the perception of their needs is much different.

Dr. Marmor: Now you are talking about the political controversy.

Dr. Lomas: It has been done. It is how resources are allocated in the United Kingdom. It is how resources are allocated to home care programs in Quebec.

Ms Greene: We have so much more of a homogeneous population. You have a very diverse community.

Dr. Marmor: My guess is that we have touched on enough subjects that we are not going to get from here to there tonight.

Dr. Lomas: If you are interested in exploring the issue further, I can give you or your research staff the name of the individual who has spent about the last 18 months of his life developing these techniques of need-based resource allocations. At the moment he is on holiday in Mexico, but when he gets back, I am sure he would be happy to speak to the committee about it, if you are interested.

Ms Greene: I think that would be very interesting.

Dr. Lomas: The best person to speak about it at the moment would be Martin Barkin, the Deputy Minister of Health in Ontario, who seems to be extremely supportive of the concept just at the moment. He is probably a better salesman than a health services researcher like myself.

The Chairman: I knew when you started with those very clear, concise presentations that you were going to trigger something. Obviously, you have. Although we were much younger when you started, I hope we are much older and wiser now. It has been a most enlightening experience for all of us. I think it is obvious by the questions we have had and the interaction between members and yourselves that it has been a most useful evening for us. I sincerely thank both of you for your appearance here this evening.

Dr. Lomas: Thank you.

Dr. Marmor: I hope it has been obvious that we have enjoyed it, too.

The Chairman: I think it was.

The meeting is adjourned.

[*Traduction*]

M. Marmor: Mais est-ce que vous savez au juste de quoi nous parlons? Nous disons que vous avez peut-être un système tel que. . .

Mme Greene: Je crois que cela serait extrêmement problématique. Par exemple, à Toronto, on estime que ces besoins sont très différents.

M. Marmor: Mais là, vous parlez de la controverse politique.

M. Lomas: C'est déjà fait. Cela revient à l'affectation des ressources au Royaume-Uni, à l'affectation des ressources dans le cadre des programmes de soins à domicile au Québec.

Mme Greene: Nous sommes loin d'avoir affaire à une population homogène. La communauté est très diversifiée.

M. Marmor: J'ai l'impression que nous allons aborder tellement de sujets que nous n'aboutirons à rien ce soir.

M. Lomas: Si vous voulez vous pencher plus à fond sur cette question, je peux vous remettre, à vous-même ou à vos chargés de recherche, le nom d'une personne qui a consacré quelque 18 mois à élaborer les techniques d'affectation de ressources en fonction des besoins. Pour l'instant, cette personne est en vacances au Mexique, mais lorsqu'elle sera de retour, je suis certain qu'elle sera heureuse de s'entretenir avec le comité, si vous êtes intéressés.

Mme Greene: Je crois que ce serait très intéressant.

M. Lomas: Votre meilleur contact, pour l'instant, serait donc Martin Barkin, ministre de la Santé de l'Ontario, qui semble tout à fait en faveur du concept, pour l'instant. Mais il est probablement plus persuasif que le chercheur en services de la santé que je suis.

Le président: Lorsque vous avez entamé cet exposé très clair et très concis, je savais que vous parviendriez à déclencher quelque chose. De toute évidence, vous avez réussi. Eh bien, j'espère que nous avons muri et grandi en sagesse grâce à vous. Cette expérience a été des plus enrichissantes pour nous tous, comme ont pu en témoigner les questions qui vous ont été adressées et les échanges que vous avez eus avec les membres du comité, si bien que cette soirée nous aura été très utile à nous tous. Je vous remercie très sincèrement tous les deux de votre témoignage.

M. Lomas: Je vous remercie.

M. Marmor: J'espère que vous avez ressenti à quel point nous étions, nous aussi, heureux de vous rencontrer.

Le président: Je crois que oui.

La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid Port payé
Lettermail Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

As individuals:

Dr. Philip B. Berger, University of Toronto;

Dr. Norbert Gilmore, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University;

Joe N. Lavoie, President, Care Med International;

Theodore R. Marmor, Professor, School of Organization and Management, Yale University and Fellow of the Canadian Institute for Advanced Research;

Jonathan Lomas, Professor, Centre for Health, Economics and Policy Analysis, McMaster University.

TÉMOINS

À titre personnel:

Philip B. Berger, Université de Toronto;

Norbert Gilmore, Centre McGill de médecine, d'éthique et de droit, Université McGill;

Joe N. Lavoie, président, Care Med International;

Theodore R. Marmor, professeur, École d'organisation et de gestion, Université Yale, membre de l'Institut canadien de recherches avancées;

Jonathan Lomas, professeur, Centre de santé, d'économique et d'analyse politique, Université McMaster.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

C 28
39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 53

Tuesday, January 22, 1991

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 53

Le mardi 22 janvier 1991

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

LIBRARY
University of Toronto

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90-91

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990-1991

35468—1

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman:

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN–ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–président:

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JANUARY 22, 1991
(63)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 11:10 o'clock a.m. this day, in Room 371 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: *From the Research Branch of the Library of Parliament*: Joan Vance, Research Officer.

Witnesses: *As individuals*: Dr. D.W. Molloy, Director of Memory Clinic, McMaster University; Rosalie Capretta, Research Coordinator, McMaster University; Virginia Mepham; Dr. Michael Rachlis, Health Policy Analyst; Dr. Thomas Courchene, Director, School of Political Studies, Queen's University. *From the Canadian Federation of Biological Societies*: Dr. Kevin M.W. Keough, President; Dr. Diane Finegood, Chair, Animal Experimentation Committee. *From the Canadian Council on Animal Care*: Dr. Harry Rowsell, Executive Director. *From the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada*: the Honourable Judith A. Erola, P.C., President; Gordon Postlewaite, Director of University and Scientific Affairs and Executive Director of the PMAC Health Research Foundation.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

Dr. D.W. Molloy, Rosalie Capretta and Virginia Mepham each made a statement and answered questions.

At 1:02 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 2:10 o'clock p.m., the sitting resumed.

Dr. Michael Rachlis made a statement and answered questions.

Barbara Greene moved,—That the President of the Treasury Board and Minister of State (Finance), the Honourable Gilles Loiselle, be invited to appear before the Committee.

And debate arising thereon;

By unanimous consent, it was agreed,—That the motion be discussed at a future date.

At 3:30 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 3:35 o'clock p.m., the sitting resumed.

Dr. Thomas Courchene made a statement and answered questions.

At 4:35 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 8:10 o'clock p.m., the sitting resumed.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 22 JANVIER 1991
(63)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 11 h 10, dans la salle 371 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présente: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Joan Vance, attachée de recherche.

Témoins: *A titre personnel*: D.W. Molloy, directeur, Clinique Memory, Université McMaster; Rosalie Capretta, coordonnatrice de recherche, Université McMaster; Virginia Mepham; Michael Rachlis, analyste des politiques de la santé; Thomas Courchene, directeur, Ecole des études politiques, Université Queen's. *De la Fédération canadienne des sociétés de biologie*: Kevin M.W. Keough, président; Diane Finegood, présidente, Comité sur l'expérimentation animale. *Du Conseil canadien de protection des animaux*: Harry Rowsell, directeur administratif. *De l'Association canadienne de l'industrie du médicament*: l'hon. Judith A. Erola, C.P., présidente; Gordon Postlewaite, directeur des Affaires universitaires et scientifiques, et directeur administratif de la Fondation pour la recherche en sciences de la santé de l'ACIM.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

D.W. Molloy, Rosalie Capretta et Virginia Mepham font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 13 h 02, la séance est suspendue.

À 14 h 10, la séance reprend.

Michael Rachlis fait un exposé et répond aux questions.

Barbara Greene propose,—Que le Comité invite à témoigner le président du Conseil du trésor et ministre d'Etat aux finances, l'hon. Gilles Loiselle.

Sur ce, un débat s'engage.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le débat de la motion soit reporté.

À 15 h 30, la séance est suspendue.

À 15 h 35, la séance reprend.

Thomas Courchene fait un exposé et répond aux questions.

À 16 h 35, la séance est suspendue.

À 20 h 10, la séance reprend.

Dr. Kevin M.W. Keough, Dr. Diane Finegood and Dr. Harry Rowsell each made a statement and answered questions.

At 9:14 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 9:18 o'clock p.m., the sitting resumed.

The Honourable Judith A. Erola and Gordon Postlewaite each made a statement and answered questions.

At 10:20 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

Kevin M.W. Keough, Diane Finegood et Harry Rowsell font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 21 h 14, la séance est suspendue.

À 21 h 18, la séance reprend.

L'hon. Judith A. Erola et Gordon Postlewaite font chacun un exposé et répondent aux questions.

À 22 h 20, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

[*Texte*]

EVIDENCE

[*Recorded by Electronic Apparatus*]

Tuesday, January 22, 1991

• 1112

The Chairman: I call the meeting to order. We have a quorum. Pursuant to Standing Order 108.(2) the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This morning we have the pleasure to welcome to the committee Dr. D.W. Molloy, Memory Clinic, McMaster University; Rosalie Capretta, Research Co-ordinator, McMaster University; and Virginia Mepham. We extend to all of you a sincere welcome to the committee. We apologize for the delay in your appearance this morning and hope that you have the time to spend with us.

Dr. Molloy, you have indicated it will probably take an hour and a half. I think most members of the committee are free to take the time necessary to hear your presentation and to ask questions. You are no doubt aware that we have been studying this issue for some considerable time and have heard from numerous witnesses. We are trying to conclude the remaining list of witnesses. We had hoped this would be a two-day session with witnesses as we planned in December, not knowing the events that would take place. We have to work around the House schedule. Members' timetables have shifted somewhat. I apologize for the inconvenience we may have caused you this morning. We thank you for appearing and look forward to your testimony.

We would like to hear from each of you, whatever testimony you have, followed by a round of questions and comments from the members.

Dr. D.W. Molloy (Memory Clinic, McMaster University): I would like to say first of all what a pleasure and honour it is to be here. I am going to present some data that we have developed over the last five years or more in our study on the use of health care directives in the health care system.

• 1115

What we basically philosphically started out to ask five years ago, or six years ago now, was what happens when you change the health care system from a model where the health care professionals decide what happens to a model where the consumer, the patient, decides what he or she wants? That was the philosophical question. The mechanism we used to give the patient, or the consumer, the ability to make these choices was a health care directive.

I work in geriatrics. I am a trained geriatrician and my main area of interest is in treatment of dementia. Obviously the problem arises on a daily basis for me. I run a memory clinic on what is going to happen to my patients when they become too demented to make decisions for themselves.

[*Traduction*]

TÉMOIGNAGES

[*Enregistrement électronique*]

Le mardi 22 janvier 1991

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum. Conformément au paragraphe 108.(2) du Règlement, nous poursuivons l'étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Ce matin nous avons le plaisir d'accueillir le docteur D.W. Molloy de la Clinique Memory, Université McMaster; Rosalie Capretta, coordonnatrice de la recherche, Université McMaster; et Virginia Mepham. Nous vous souhaitons à tous la bienvenue à notre comité. Nous nous excusons du retard de ce matin et nous espérons que vous pourrez quand même rester avec nous.

Monsieur Molloy, vous avez indiqué que votre présentation prendra probablement une heure et demie. Je crois que la majorité des membres du comité pourront suivre votre exposé jusqu'au bout et vous poser des questions. Vous n'ignorez certainement pas que nous étudions cette question depuis déjà un certain temps et que nous avons entendu de nombreux témoins. Nous essayons d'en terminer avec les témoins qui restent encore sur notre liste. Nous avions espéré consacrer ces deux journées à l'audition de témoins comme nous l'avions prévu en décembre ne sachant pas quels événements allaient survenir. Nous devons tenir compte des travaux de la Chambre. Les calendriers des députés ont été quelque peu modifiés. Je m'excuse de l'inconvénient que nous avons pu vous causer ce matin. Nous vous remercions d'être venus et avons hâte d'entendre votre témoignage.

Nous aimerions entendre chacun d'entre vous puis nous passerons à une période de questions et réponses.

M. D.W. Molloy (Clinique Memory, Université McMaster): J'aimerais commencer par dire qu'être ici est un plaisir et un honneur pour moi. Je vais vous présenter quelques-unes des statistiques que nous avons développées au cours de quelque cinq années d'étude sur l'utilisation des directives de soins de santé dans le régime de soins de santé.

Il y a cinq ans, ou six ans maintenant, nous nous sommes demandés ce qui arriverait si nous passions d'un modèle de régime de santé où les décisions sont prises par les professionnels à un modèle où elles seraient prises par les consommateurs, les patients. C'est la question philosophique que nous nous sommes posés. L'instrument que nous avons donné au patient ou au consommateur pour faire ses choix est une directive de soins de santé.

Mon domaine, c'est la gériatrie. Je suis gérontologue et mon champ principal d'intérêt est le traitement de la démence. Il est évident que je rencontre cette maladie sur une base quotidienne. Je dirige un service où nous notons tout ce qui est susceptible d'arriver à nos patients quand leur démence sera trop avancée pour qu'ils prennent des décisions eux-mêmes.

[*Text*]

From repeatedly being called to intensive care units to take patients that did not want them off ventilators, and families that did not want them, because a patient was taken in the middle of the night from a nursing home and brought to an acute care hospital and put on a ventilator or given surgery, the question arose as to how we could develop a mechanism whereby people could communicate their wishes in advance, because the families would come in a day or two later and find the person on a ventilator and say this is not what Dad would have wanted, please stop. Then it becomes very difficult to stop.

As part of the clinical ethics committee in McMaster we started to examine this question and tried to develop some kind of instrument that people could fill out ahead of time so that they could document their wishes. We were looking specifically at dementia.

I am sure the committee has heard a lot of people talk about a health care system. From my perspective we have a lot of deficiencies in our health care system, especially as they pertain to the care of the elderly, and particularly to the care of incompetent elderly people; that is, demented elderly people from my perspective.

You are all aware of the growing number of elderly in our society, and of the fact that those aged over 85 are the fastest-growing segment of our population and that recent studies suggest that up to 47% of those aged over 85 are demented. The care of the elderly in the last six months of life accounts for a significant portion of our health care budget.

I believe that technology in our health care system is just as out of control as it is in the environment, and just as out of control as you see what we are doing to each other in the Middle East at the moment. I think that is technology out of control, and mismanaged.

I think we have the same problem in our health care system, and I think we have to address it soon, because we are all going broke. I think there is a lot of mismanagement of our technology, and we have to address it. I think this is one positive way to address it.

I am happy to tell you that I have some very good news for you. I am able to tell you today about a development we have that I think will improve people's quality of life and will improve their autonomy, and it will decrease dramatically health care utilization in this population. I do not think I am being megalomaniacal when I say that I think we can reduce the health care budget by I would say a conservative estimate of at least 5% of the total health care budget if we implement this type of system in Canada. I think it is fairly painless. I will get on with it after I have given myself such big billing.

The question arises for the incompetent person: who decides for them? What happens when a person becomes incompetent? If a person is incompetent, a recent report in Ontario by Fram from the Attorney General's office has suggested that the next best thing to a competent person... We know that a competent person has the right to accept or refuse any health care intervention, but in the event of incompetence the next best thing is a clear statement by that

[*Translation*]

À force d'être appelés par des services de soins intensifs pour prendre en charge des patients qui veulent se débrancher des ventilateurs et dont les familles ne veulent pas, des patients arrivés en pleine nuit de foyers et branchés ou opérés immédiatement, nous nous sommes demandés comment mettre au point quelque chose permettant à ces gens de communiquer à l'avance leurs souhaits car souvent les familles n'arrivent qu'un jour ou deux plus tard et les trouvent branchés sur un ventilateur et disent ce n'est pas ce que Papa voulait, arrêtez, je vous en prie. Il est alors souvent trop tard.

Dans le cadre du comité d'éthique de McMaster nous avons commencé à étudier cette question et nous avons essayé de mettre au point un document que les gens pourraient remplir à l'avance indiquant leurs souhaits. Notre point d'intérêt principal était la démence.

Je suis certain que beaucoup de témoins sont venus vous parler du régime de soins de santé. De mon point de vue, ce régime est plein de lacunes surtout s'agissant des personnes âgées et tout particulièrement des personnes âgées incompétentes, c'est-à-dire, de mon point de vue, les personnes âgées frappées de démence.

Vous savez tous que nous comptons de plus en plus de personnes âgées dans notre société et que les plus de 85 ans est le groupe qui connaît la plus forte croissance dans notre population et que des études récentes montrent que jusqu'à 47 p. 100 de ces plus de 85 ans sont victimes de démence. Les soins donnés aux personnes âgées au cours des six derniers mois de la vie représentent une part importante de notre budget de santé.

Je crois que la technologie dans notre régime de santé échappe à peu près autant à notre contrôle que l'environnement et à peu près autant que ce que nous pouvons voir les uns les autres se faire au Moyen-Orient actuellement. Nous ne comprenons pas la technologie et elle est mal gérée.

Nous avons le même problème dans notre régime de santé et il faut que nous trouvions vite une solution si nous voulons éviter la faillite. Notre technologie est très mal utilisée et il faut faire quelque chose. Je crois que ce que nous proposons est une solution positive.

J'ai le plaisir de vous annoncer que j'ai de très bonnes nouvelles pour vous. Je peux vous annoncer aujourd'hui que nous avons trouvé quelque chose qui à mon avis améliorera la qualité de vie de la population, son autonomie, et réduira de manière spectaculaire l'utilisation des services de santé. Je ne pense pas faire preuve de mégalomanie en disant que nous pensons pouvoir réduire le budget de la santé d'au moins 5 p. 100—et ce chiffre est conservateur—si nous appliquons ce type de régime au Canada. Je pense qu'il est pratiquement indolore. Je ne vous ferai pas plus attendre après une telle envolée.

Qui doit prendre les décisions pour les personnes incompétentes? Qu'arrive-t-il quand une personne devient incompétente? Si une personne est incompétente, selon un rapport récent en Ontario par Fram du Bureau du solliciteur général, la meilleure chose après une personne compétente... Nous savons qu'une personne compétente a le droit d'accepter ou de refuser toute intervention médicale mais en cas d'incompétence la meilleure solution suivante est une

[*Texte*]

person stating "If the time ever comes when I cannot make this decision then I direct the following be done for me". That is a health care directive.

On the other hand, you have the type of power of attorney for health care where you say if the time ever comes when I cannot make the decision then I direct that my Uncle Joe tell you what is good for me; my Uncle Tom will take care of my finances, but Uncle Joe knows what I want in terms of health care.

You can have two types of directives. You can have a specific directive where you state you would and you would not want the following. You can also have one that states you want Uncle Joe to make the decision. That is where you are sort of giving the power of attorney for health care to your uncle, and that has precedence over your family. A daughter cannot come and say no, I know better for Dad. That will have precedence over that in the hierarchy of decision-making.

• 1120

In the event that the family are not available, a physician should be next. In the event of conflict between a family and a physician, as we have had in the Karen Quinlan case and more recently in the Kruzan case, you will end up with lawyers.

I believe the legislation has an obligation in this case to pass legislation on this issue in Canada. I will address that later. Then we come down through other health professionals, legislation, and religion.

So in the hierarchy of decision-making, the patient if competent has the right to accept or refuse. We have had the recent Mallette v. Schulman case in Ontario, where Mallette was a Jehovah's Witness and Schulman was a physician. Mallette had a piece of paper that said if she ever required blood transfusions, she would prefer to die rather than get a blood transfusion.

Mallette had a car accident, was admitted to the emergency department, was in shock and bleeding to death, and Schulman started a blood transfusion. The nurse, in going through Mallette's bag, found a piece of paper that said "I am a Jehovah's Witness", and it quoted from the Bible and said "I do not want a blood transfusion, I prefer to die". Dr. Schulman disregarded the directive and said he did not know if this person was alive now and could make this decision that she would want this. The directive was not even dated, but it was signed. He said "I do not even know if this woman at this time, right now, if she had the decision, would make this one". He disregarded it and continued to transfuse her.

Subsequently Mallette recovered, thanks to the transfusion, and sued Dr. Schulman. She won the case, because the judge ruled that this woman had left a very clear, specific directive and the physician had gone against that, and that it was her right. In a society where we espouse the rights of the individual, we cannot espouse the rights of the individual but when somebody makes a decision that you do not like then not allow them to make it. People, because of

[*Traduction*]

déclaration de l'intéressé disant «Quand arrivera le temps où je ne pourrai plus prendre ces décisions moi-même, je demande à ce que l'on fasse les choses suivantes». C'est ce qu'on appelle une directive de soins de santé.

D'autre part, il y a les procurations dans lesquelles on dit que si on ne peut plus prendre soi-même ses décisions, on demande de s'en remettre à oncle Joe qui vous dira ce qui est bien pour moi; oncle Tom s'occupera de mes finances mais c'est oncle Joe qui sait ce que je veux sur le plan médical.

Il peut y avoir deux types de directives. Il peut y avoir la directive spécifique où vous énoncez ce que vous voulez et ce que vous ne voulez pas. Vous pouvez également en avoir une disant que vous voulez que ce soit oncle Joe qui prenne les décisions. C'est là qu'en quelque sorte vous donnez procuration à votre oncle pour votre santé et cela crée préséance sur le reste de la famille. Une de vos filles ne peut pas dire qu'elle sait mieux que votre oncle ce que vous vouliez. Dans la hiérarchie des décisions, votre oncle a la préséance.

Si la famille est incontactable, vient ensuite le médecin. En cas de conflit entre la famille et le médecin, comme dans le cas de Karen Quinlan et plus récemment dans le cas Kruzan, on finit par se retrouver avec des avocats.

Je crois qu'il nous faut une législation au Canada. J'y reviendrai plus tard. Viennent ensuite les professionnels de la santé, la loi et la religion.

Donc, dans la hiérarchie des prises de décisions, le patient, s'il est compétent, a le droit d'accepter ou de refuser. Il y a eu dernièrement l'affaire Mallette contre Schulman en Ontario; Mallette était un témoin de Jéhovah et Shulman, un médecin. Mallette portait un morceau de papier disant que s'il était jamais nécessaire de lui faire une transfusion de sang, il préférerait mourir plutôt que d'avoir cette transfusion.

Mallette a eu un accident de voiture, elle est arrivée au service d'urgence inconsciente et saignant à mort et Schulman lui a fait une transfusion sanguine. L'infirmière, en fouillant le sac de Mallette, a trouvé un morceau de papier qui disait: «Je suis témoin de Jéhovah», et citant la Bible il était ajouté: «Je ne veux pas de transfusion de sang, je préfère mourir». Le docteur Schulman a ignoré cette directive car selon lui, il ne savait pas si cette personne avait été consciente maintenant et pouvait prendre cette décision, elle l'aurait prise vraiment. Cette directive n'était pas même datée mais elle était signée. Il a dit: «Je ne sais même pas si cette femme maintenant, si elle avait à prendre cette décision, déciderait ainsi». Il a donc ignoré cette directive et a poursuivi la transfusion.

Mallette s'en est sortie grâce à cette transfusion et a poursuivi le docteur Schulman. Elle a gagné car le juge a considéré que cette femme avait laissé une directive très claire et très précise et que le médecin l'avait ignorée alors que c'était son droit. Dans une société qui consacre les droits de l'individu, nous ne pouvons en faire fi dès que quelqu'un prend une décision qui ne nous plaît pas. Les gens, pour des raisons religieuses ou autres, ont le droit de prendre ces

[*Text*]

religious or whatever means, have the right to make those decisions, and we have to respect them. This is what the judge ruled, and this is what I think the Charter of Rights and Freedoms is about. So in the event of competence, a competent person can make that decision to accept or refuse any health care intervention.

Next is the directive. The patient can nominate a person or can make it specific. Then it is the family members, physicians, and finally the courts.

So what types of directives do we have now and what basis for decisions in incompetent people? At present we have living wills, and I will come back to those in a minute. We have "do not resuscitate" orders, which are widely used and accepted in the Canadian health care system. A DNR order is do not resuscitate; if I ever have a heart attack or my heart stops beating, then please do not attempt to resuscitate me.

We have other forms of directives. We have the legislation, which has given some laws. We have laws about medical jurisprudence and we also have the Charter of Rights and Freedoms and we have general discussion.

Two types of directives I am going to talk about specifically. One is the living will and the second is the DNR. The DNR is very simple: in the event of cardiac arrest, please do not attempt resuscitation. The living will is slightly different. This is a copy of a living will that has been produced by Dying With Dignity in Toronto. It says:

> To my family, my physician, my lawyer and all to whom it may concern: If the time comes when I can no longer take part in decisions for my own future, let this statement stand as an expression of my wishes and directions while I am still of sound mind. If at such a time the situation should arise in which there is no reasonable expectation of my recovery from extreme physical or mental disability, then I direct that I be allowed to die and not be kept alive by medications, artificial means or heroic measures.

That is a wonderful motherhood statement, but it has no medical validity. If I am a physician in an emergency department then I cannot interpret that, because I do not know what you mean by "reasonable expectation of recovery from extreme physical or mental disability".

Let me give you an example. Beethoven went deaf, and that was tragic, because he could not hear his music and he could not compose. If Beethoven had gone blind, it would not have mattered to him. On the other hand, if Picasso went deaf it would not matter to him, but if Picasso went blind it would have been disastrous.

So what you would consider to be irreversible or catastrophic I might not consider to be. If I were a mountaineering type who liked to go out every weekend and walk on the Bruce trail and climb mountains and get out in the fresh air, then if I lost a leg it would be catastrophic, whereas if I were a person who stayed at home and liked to cook and watch TV and collected butterflies and stamps, losing a leg might not affect my quality of life at all.

[*Translation*]

décisions et nous devons les respecter. C'est le verdict du juge et, à mon avis, c'est le fondement de la Charte des droits et libertés. Donc, en cas de compétence, une personne compétente peut prendre la décision d'accepter ou de refuser toute intervention médicale.

Ensuite vient la directive. Le patient peut nommer une personne ou donner des ordres spécifiques. Ensuite viennent les membres de la famille, les médecins et, pour finir, les tribunaux.

Donc, quels types de directives avons-nous aujourd'hui et sur quoi fondons-nous les décisions pour les personnes incompétentes? Pour le moment, nous avons les testaments biologiques et j'y reviendrai dans une minute. Nous avons les interdictions de réanimation qui sont largement utilisées et acceptées dans le régime de santé canadien. Cette interdiction est simple: si j'ai une crise cardiaque et que mon coeur s'arrête de battre, je demande à ce qu'on n'essaie pas de me réanimer.

Il y a d'autres formes de directives. Nous avons la législation qui nous a donné quelques lois. Nous avons des lois sur la jurisprudence médicale, nous avons également la Charte des droits et libertés et nous avons les discussions générales.

Je vous parlerai de deux types de directives en particulier. Il y a, d'une part, les testaments biologiques et, d'autre part, les interdictions de réanimation. L'interdiction de réanimation est très simple: en cas d'arrêt cardiaque, n'essayez pas de me réanimer, s'il vous plaît. Le testament biologique est un peu différent. Ceci est une copie d'un testament biologique préparé par *Dying With Dignity* (La mort digne) de Toronto. Je lis:

> À ma famille, à mon médecin, à mon avocat et à tous ceux que cela peut concerner, quand je ne pourrai plus participer aux décisions concernant mon propre avenir, que cette déclaration soit considérée comme étant l'expression de mes souhaits et de mes instructions alors que je suis encore sain d'esprit. S'il arrivait qu'il n'y ait pas d'espoir raisonnable que je me remette d'un handicap physique ou mental extrême, j'ordonne qu'on me laisse mourir et qu'on ne me maintienne pas en vie par le biais de médicaments, de moyens artificiels ou de mesures héroïques.

C'est un texte merveilleux, mais il n'a aucune validité médicale. Si je suis médecin de service à l'urgence, je ne peux interpréter un tel texte car je ne sais pas ce qu'on entend par «espoir raisonnable de me remettre d'un handicap physique ou mental extrême».

Je vais vous donner un exemple. Beethoven est devenu sourd, c'était une tragédie car il ne pouvait plus entendre sa musique et il ne pouvait plus composer. Si Beethoven était devenu aveugle, cela ne l'aurait pas dérangé. Par contre, si Picasso était devenu sourd, cela ne l'aurait pas dérangé mais s'il était devenu aveugle, cela aurait été catastrophique.

Donc, ce que vous considérez comme étant irréversible ou catastrophique peut ne pas l'être pour moi. Si j'étais fou d'escalade, si j'aimais emprunter la piste Bruce tous les week-ends et escalader des montagnes, respirer l'air pur, perdre une jambe serait une catastrophe pour moi alors que si j'étais le genre à rester à la maison, à aimer faire la cuisine, regarder la télévision et collectionner les papillons et les timbres, perdre une jambe n'affecterait pas du tout ma qualité de vie.

[*Texte*]

• 1125

I cannot make a decision for you on what you would consider to be an extreme physical or mental disability. Some people could not tolerate blindness. It is very variable. This is a motherhood statement. It is a ten-cent statement for a fifty-dollar problem, and it does not work.

Furthermore, I do not know about medications. What is a medication? Is it an antibiotic, and what is that? What does "artificial" mean? Is that a diet; is that a blended food? What is an heroic measure? What might be an heroic measure in Sioux Lookout might not be at the Toronto General Hospital. What might not be an heroic measure for a seven-year-old might be for a 95-year-old. This is too vague. As a result, the statement, although it has been legalized in most American states, should not be legalized. I think it too vague and it has no validity. From a clinician's point of view, trying to interpret whether somebody has one of these, I cannot do it. It is a very negative statement; it just says to withdraw care. This was the only thing that was on the market when we started in 1986, and we did not like it, so we developed our own directive.

We did a physicians' study between 1986 and 1989 and we did a general public study in 1989. We put the directives into Idlewyld Manor in Hamilton, which is a retirement home. Virginia is a resident. She is going to talk a bit about her experience.

We now have funding from the provincial government in Ontario to do feasibility studies in a home for the aged in Hamilton. Rosalie is going to talk about those studies. We are getting ready for a large randomized trial in 1991 till probably 1992 to 1994. I am going to tell you about that, where we are going with the directives and what we are doing. But first I would like to tell you about our experiences with these studies and what we have learned over the last five years or so.

The first study was a physicians' study. I worked in London, Ontario, caring for old people. There were two clinicians I worked with. One of them thought that his only purpose in life was to speed all these old people off, out of this planet, somewhere else—that they were all chronically ill and suffering and they had no good quality of life. The other man felt that his purpose in life was to keep these people as comfortable as possible and keep them alive as long as possible. There was constant conflict between these two physicians.

It put the seed in my mind: how differently do physicians treat these people? Do we have a consensus in society or in the health care profession about how these people should be treated? This was the question I started to examine about 1986. The primary question in the study was to examine the variability in physicians' decision-making in the management of acutely ill, demented elderly men when there were no orders available. We had three scenarios. It was an identical scenario, but we had three tails on the end.

[*Traduction*]

Je ne peux pas prendre une décision pour vous sur la base de ce que vous considérez être un handicap physique ou mental extrême. Certaines personnes ne pourraient tolérer de devenir aveugle. C'est très variable. C'est un beau texte. C'est un texte à dix cents pour un problème à 50 dollars, mais cela ne marche pas.

De plus, qu'entend-on par traitement médical? S'agit-il d'antibiotiques dans ce cas et qu'est-ce que cela veut dire? Qu'entend-on par «artificiel»? Un régime, un mélange alimentaire? Et une mesure héroïque, alors? Ce qui peut être considéré comme une mesure héroïque à Sioux Lookout peut ne pas l'être à l'Hôpital général de Toronto. Ce qui peut ne pas être une mesure héroïque pour un enfant de sept ans peut l'être pour un vieillard de 95 ans. C'est trop vague. En conséquence, cette déclaration, bien qu'elle ait été légalisée dans la majorité des États américains ne devrait pas être légalisée. Je la trouve trop vague et sans aucune validité. Le médecin que je suis ne peut l'interpréter. C'est une déclaration très négative; elle réclame simplement l'arrêt de tout traitement. C'est la seule chose qu'il y avait sur le marché lorsque nous avons commencé en 1986, nous avons donc mis au point notre propre directive.

Nous avons fait une étude auprès des médecins entre 1986 et 1989 et une auprès du public en 1989. Nous avons fait un essai à Idlewyld Manor à Hamilton, qui est une maison de retraite. Virginia y réside. Elle vous parlera un peu de son expérience.

Nous avons reçu des fonds du gouvernement provincial de l'Ontario pour effectuer des études de faisabilité dans une maison de retraite à Hamilton. Rosalie vous parlera de ces études. Nous nous préparons pour une grande expérience aléatoire qui commencera en 1991 et qui durera probablement jusqu'en 1992 ou même 1994. Je vais vous dire où nous en sommes avec ces directives et ce que nous faisons. Mais premièrement j'aimerais vous parler de ce que ces études nous ont apprises au cours des cinq ou six dernières années.

La première étude était une étude sur les médecins. J'ai travaillé à London, en Ontario, m'occupant des personnes âgées. Je travaillais avec deux cliniciens. Le premier pensait que sa seule mission dans la vie était d'expédier au plus vite ces gens hors de cette planète, quelque part—qu'ils étaient tous malades chroniques, qu'ils souffraient et que leur qualité de vie n'était pas bonne. L'autre pensait avoir pour mission de rendre la vie aussi confortable que possible à ces gens et de les maintenir en vie aussi longtemps que possible. Le conflit était permanent entre ces deux médecins.

C'est alors que je me suis demandé: les médecins traitent-ils tous différemment ces gens? Y a-t-il un consensus dans la société ou dans la profession des soins de santé sur la manière dont il faudrait traiter ces gens? C'est une question que j'ai commencé à étudier aux environs de 1986. La question principale posée par cette étude visait à examiner les variables de prises de décisions des médecins dans le traitement des vieillards profondément malades et victimes de démence en l'absence d'instructions. Nous avions trois scénarios. Le scénario était identique, mais il y avait trois options à la fin.

[*Text*]

In the first scenario there was no directive available. We gave a scenario of a man who was demented and there was no directive available. In the second scenario there was a do not resuscitate order. The third scenario was when our directive was in there. I am going to tell you a bit more about that.

We did a study with about 1500 physicians in total, but this part of the study involved 1100 physicians from Canada, the U.S., Australia, Scotland, Wales, Sweden, and Brazil. We had data from China just before Tiananmen Square and lost it; we had data from Romania and lost it with the Ceausescu regime; and we actually were getting data from Kuwait before this happened. So I am hesitant to take on a new country, because God knows what will happen.

We included residents, interns, family doctors, and specialists; we excluded medical students, paediatricians, gynaecologists, obstetricians, and physicians who were not directly involved in the care of the elderly. As I said, we had the three scenarios, and I explained those to you.

In the division of geriatrics we developed this scenario, which we thought was a good scenario because it was one we saw commonly as physicians.

It is 2 a.m. An 82-year-old man was brought to the emergency room with gastro-intestinal bleeding, so he was bleeding from his gastro-intestinal tract. He was accompanied by a nurse's aid. At the nursing home where he lived, he vomited a copious amount of blood and passed a large melena stool. So he is vomiting fresh blood and he is passing blood rectally, so he has a fairly catastrophic bleed, because he is bleeding both ends. Earlier that night he was pale, stuporous, and diaphoretic sweating. He understood simple commands but could not answer simple questions. His heart rate was 120 and his blood pressure was 70 over 40, so he is in shock and he is going to bleed to death.

The note from the nursing home stated that he was investigated three years ago by a neurologist, who diagnosed Alzheimer's disease following a complete work-up. So he has Alzheimer's disease and he is living in a nursing home. The nurse's aides described him as an active 82-year-old man who occasionally displays agitated behaviour with the staff. He needs assistance washing and dressing and wanders about during the day. He has difficulty remembering names and occasionally does not recognize his daughter. He is incontinent of urine all the time and occasionally incontinent of feces. So this man is moderately demented. He has been demented for three years, and he lives in a nursing home. He is bleeding to death and it is 2 a.m. You are in the emergency department. What are you going to do?

• 1130

The first scenario is what we call a no information scenario. You have to make up your mind. The daughter is the only living relative and is away in Las Vegas on holidays. The family doctor is away in Las Vegas too. We will get back to that later. There is nobody to make the decision. You phone everybody; you cannot get anybody. How are you going to treat him?

[*Translation*]

Dans le premier scénario il n'y avait pas de directive. Le vieillard était victime de démence et il n'y avait pas de directive. Dans le deuxième scénario il y avait une interdiction de réanimation. Le troisième scénario contenait notre propre directive. Je vais vous en dire un peu plus à ce sujet.

Notre étude englobait 1500 médecins au total, mais cette partie de l'étude ne concernait que 1100 médecins canadiens, américains, australiens, écossais, gallois, suédois et brésiliens. Nous avions des statistiques chinoises juste avant les événements de la place T'ien An Men et nous les avons perdues. Nous avions des statistiques roumaines et nous les avons perdues avec la chute du régime Ceaucescu; et nous devions recevoir des statistiques koweïtiennes juste avant les événements. J'hésite à contacter un nouveau pays car Dieu sait ce qui peut arriver.

Nous avons inclus les externes, les internes, les généralistes et les spécialistes; nous avons exclu les étudiants en médecine, les pédiatres, les gynécologues, les obstétriciens et les médecins n'étant pas directement concernés par les soins donnés aux personnes âgées. Comme je vous l'ai dit, nous avions ces trois scénarios et je vous les ai expliqués.

C'est dans le service de gériatrie que nous avons développé ce scénario qui nous semblait être bon car il nous semblait très commun.

Il est 2 heures du matin. Un homme de 82 ans arrive à l'urgence victime d'une hémorragie gastro-intestinale. Il est accompagné d'un aide-soignant. Au foyer d'où il arrive, il a vomi beaucoup de sang et fait de grosses selles méliniques. Il vomit donc du sang frais et il perd son sang par le rectum, l'hémorragie est par conséquent assez catastrophique car il saigne par les deux extrémités. Un peu plus tôt dans la soirée on s'est aperçu qu'il était pâle, en état de stupeur et que sa transpiration était diaphorétique. Il comprend les commandements simples mais ne peut répondre aux questions simples. Son rythme cardiaque est de 120 et sa tension de 70/40, il est donc en état de choc et il va se vider complètement de son sang.

La note d'accompagnement du foyer indique qu'il a été examiné il y a trois ans par un neurologue qui a diagnostiqué un cas de maladie d'Alzheimer. Il a donc la maladie d'Alzheimer et il vit dans un foyer. Selon les aides-soignants c'est un vieillard actif de 82 ans qui à l'occasion a un comportement agité avec le personnel. Il faut l'aider à se laver et s'habiller et il se promène toute la journée. Il a du mal à se souvenir des noms et il lui arrive de ne pas reconnaître sa fille. Il est incontinent urinaire tout le temps et parfois fécal. Il est donc modérément dément. Cela fait trois ans qu'il est dément et qu'il vit dans un foyer. Il se vide de son sang et il est 2 heures du matin. Vous êtes de service à l'urgence. Que faites-vous?

Le premier scénario est celui que nous appelons le scénario sans information. C'est à vous de décider. Son seul parent vivant est sa fille et elle est en vacances à Las Vegas. Le médecin de famille est aussi à Las Vegas. Nous y reviendrons plus tard. Il n'y a personne pour prendre la décision. Vous téléphonez à tout le monde; vous n'obtenez pas de réponse. Qu'allez-vous faire?

[*Texte*]

The next scenario is what we call the DNR scenario. At the Pine Villa Nursing Home, we had an order written, "in the event of cardiac arrest, please do not attempt resuscitation". It was signed by George Stillwell, the family doctor, and Mary Jones, the daughter. The family doctor had indicated in this note that the patient's daughter had requested three weeks ago that in the event of cardiac arrest, no attempt should be made to resuscitate her father. She co-signed it and the doctor signed it, and a photocopy came from the nursing home with the patient.

The third scenario is what we call our directive scenario. We gave the physician a directive from the patient. In the directive, say, the case is identical but the last paragraph is changed as follows. The family doctor had spoken to the daughter, primary care physician in the nursing home, and other concerned health care professionals. They had documented the patient's wishes, where competent, and the daughter's wishes in the event of a cardiac arrest or acute life-threatening illness. The purpose of the discussions and documentation was to provide guidance to physicians who were not familiar with the patient, all with the patient's wishes regarding treatment.

Mr. Chairman, with your permission I will pass out a booklet to the committee and anybody else who is interested. The booklet is called *Let Me Decide*. If you open the middle page of the booklet, you will see what the directive looks like. You will see a table on the left-hand side of the booklet in the middle. This was the original directive we gave. If you want to look at this slide, this is what we gave the physicians in the study. You have the patient's name, the attending physician, the family physician and the next of kin involved in the discussion, which can be two or three people. In the event of acute life-threatening illness, we had four levels of care: support of, limited, maximum, and MIC. In the event of cardiac arrest, there was CPR or no CPR. Then we had the next of kin sign and the physician sign.

That was what we called a Volkswagen directive, a very basic directive. But if you open this booklet, you will see where we are these days. We have become much more complicated. We have three levels. We have life-threatening illness, feeding, and cardiac arrest. They are in those boxes on the left-hand side. For each of those categories, we have reversible and irreversible illness, and people are allowed to make choices.

If you look on the other side of the page, you will see that we have listed four levels of care, from supported, limited, maximum, and intensive. Basically, if this man had chosen supportive care, he would not have been grouped and cross-matched. He would not have received an intravenous. He would not have received basic blood work. He would not have received any X-rays. He would merely have been kept comfortable and allowed to pass on.

If he had chosen limited care, he would have received grouping and cross-matching, but he would not have received emergency gastroscopy, just grouping and cross-matching and some blood transfusions. That is where it would have ended.

[*Traduction*]

Le scénario suivant est celui que nous appelons le scénario à interdiction de réanimation. Au foyer Pine Villa il y a une interdiction écrite «en cas d'arrêt cardiaque n'essayez pas de me réanimer, s'il vous plaît». Elle est signée par George Stillwell, par le médecin de famille, et par Mary Jones, la fille. Le médecin de famille a indiqué dans cette note que la fille du patient a demandé il y a trois semaines qu'en cas d'arrêt cardiaque on n'essaie pas de réanimer son père. Elle l'a cosignée, le médecin l'a signée et quand le patient est arrivé du foyer il en avait une photocopie sur lui.

Le troisième scénario est celui que nous appelons le scénario avec notre directive. Nous donnons au médecin une directive du patient. Dans cette directive, disons, le cas est identique mais le dernier paragraphe est modifié. Le médecin de famille a parlé à la fille, au médecin de service du foyer et aux autres professionnels de santé concernés. Ils ont annoté les souhaits du patient, lorsqu'il est compétent, et les souhaits de la fille en cas d'arrêt cardiaque ou de maladie mettant gravement en danger la vie. L'objet des annotations est de renseigner les médecins qui ne connaissent pas le patient sur tous ses souhaits concernant les traitements.

Monsieur le président, avec votre permission, je vais distribuer aux membres du comité et aux personnes intéressées une brochure. Cette brochure s'intitule *Let Me Decide* (Laissez-moi décider). Si vous ouvrez cette brochure au milieu, vous verrez à quoi ressemble cette directive. Il y a un tableau sur la page de gauche. C'est la directive originale que nous avons donnée. Si vous voulez bien regarder cette diapositive, c'est ce que nous avons donné au médecin pour cette étude. Il y a le nom du patient, le médecin traitant, le médecin de famille et les parents inclus dans la discussion qui peuvent être deux ou trois personnes. En cas de maladie mettant la vie en danger, il y a quatre niveaux de soins. Minimums, limités, maximums et intensifs. En cas d'arrêt cardiaque il y a réanimation ou non-réanimation. Ensuite il y a la signature du parent et du médecin.

Nous avons appelé la directive de type Volkswagen, la directive de base. Mais si vous ouvrez cette brochure, vous verrez où nous en sommes aujourd'hui. C'est beaucoup plus compliqué. Nous avons trois niveaux. Il y a les maladies mettant la vie en danger, l'alimentation et les arrêts cardiaques. Ils se trouvent dans ces rectangles du côté gauche. Chacune de ces catégories inclut des maladies curables et incurables et les gens peuvent choisir.

De l'autre côté de la page, nous indiquons quatre niveaux de soins, minimums, limités, maximums et intensifs. Pour l'essentiel, si cet homme avait choisi les soins minimums, il n'aurait pas reçu d'intraveineuse, on ne lui aurait pas fait d'analyse de sang, on ne lui aurait pas fait de rayons X, on aurait simplement fait en sorte qu'il meure sans souffrir.

S'il avait choisi des soins limités, on aurait fait un groupage sanguin et déterminé la compatibilité sanguine mais il n'y aurait pas gastroscopie, simplement groupage et compatibilité et les transfusions. Cela n'aurait pas été plus loin.

[*Text*]

If he had chosen maximum care, he would have received grouping and cross-matching, and he would have received emergency gastroscopy, which is where people pass a tube down into the stomach to see the source of bleeding, or emergency colonoscopy where they pass tubes up the other end to see the source of bleeding, and he would have received surgery if it was necessary to stop the bleeding.

If he had chosen intensive care, he would basically have had all the technology a modern hospital has to offer: intensive care, ventilation, central lines, everything.

• 1135

So there were the choices. May I just ask the people in the room who are listening to me: If you were the physician in the emergency department, how many people would have given the basic level "supportive"? Hands up if you would have given "supportive".

Mrs. Clancy (Halifax): Are you saying at least or—

Dr. Molloy: Just what you would have done if it were 2 o'clock in the morning and you were the physician. Who would have given that man supportive care; who would have given limited?

Mrs. Clancy: I have more than one choice?

Dr. Molloy: No.

Mrs. Clancy: Then I guess supportive.

Dr. Molloy: Who would have given maximum? Come on. You can play this too. And who would have given intensive?

The thing is that there is no right answer. If this were you, yourself, what would you have wanted? Would everybody have wanted supportive? The person who gave maximum—if that was you, would you have wanted supportive or maximum yourself?

Mr. Cole (York—Simcoe): No, I would not want maximum. I would want supportive.

Dr. Molloy: But you would have given maximum.

Mr. Cole: Because there was no directive otherwise.

Dr. Molloy: That is the whole premise for all of this.

A friend of mine is a professor of law in Manitoba, and he showed a video to a class of nursing students about Karen Quinlan. Do you remember Karen Quinlan? She was the girl in the States who had the accident and was in a chronic vegetative state. He showed it to 49 nursing students and he said to them: If that were your sister, how many of you would pull the tube? About 25 of them would have done it. Then he asked: But if that were you, how many of you would have pulled the tube? And 46 would have done it.

The whole thing is that we cannot make decisions for other people. When it is ourselves it is different, and that is just basic human nature.

When you are asking families to make these decisions, they are impossible because emotionally they do not want to lose their parent. Objectively they know there is no hope, but they still cannot do it.

Mr. Cole: Yes, but now you are saying it is the family making the decision. Were you were asking for a decision based on that?

[*Translation*]

S'il avait choisi les soins maximums, il y aurait eu groupage sanguin et compatibilité sanguine, gastroscopie c'est-à-dire quand on passe un tube dans l'estomac pour déterminer la source de l'hémorragie ou une côlonoscopie où on passe le tube par l'autre extrémité pour déterminer la source de l'hémorragie et il y aurait eu opération si c'était nécessaire pour stopper l'hémorragie.

S'il avait choisi les soins intensifs, il aurait bénéficié de toute la technologie qu'un hôpital moderne peut offrir: les soins intensifs, la ventilation, les lignes centrales, tout.

Voilà donc quels étaient les choix. Pourrais-je poser la question suivante à ceux qui sont dans cette pièce: si vous étiez le médecin de service à l'urgence, combien d'entre vous auraient donné le traitement «minimum» de soutien? Levez la main, s'il vous plaît.

Mme Clancy (Halifax): Voulez-vous dire au moins ou. . .

M. Molloy: Simplement ce que vous auriez fait s'il était 2 heures du matin et que vous étiez le médecin. Lui auriez-vous donné des soins de soutien? Qui aurait donné des soins limités?

Mme Clancy: J'ai plus d'un choix?

M. Molloy: Non.

Mme Clancy: Dans ce cas je crois, de soutien.

M. Molloy: Qui aurait donné le maximum? Allons. Vous pouvez jouer aussi. Et qui aurait donné des soins intensifs?

Le problème, c'est qu'il n'y a pas de bonne réponse. Si c'était vous le patient, qu'auriez-vous souhaité? Auriez-vous souhaité des soins minimum? La personne qui aurait donné des soins maximum—si c'était vous le patient, auriez-vous souhaité des soins minimum ou des soins maximum pour vous-même?

M. Cole (York—Simcoe): Non, je ne voudrais pas de soins maximum. Je voudrais des soins minimum.

M. Molloy: Mais vous auriez donné des soins maximum.

M. Cole: Parce qu'il n'y avait pas de directive.

M. Molloy: C'est toute la prémisse de cet exercice.

Un de mes amis est professeur de droit au Manitoba. Il a montré un vidéo sur Karen Quinlan à une classe d'élèves infirmières. Vous vous souvenez de Karen Quinlan? C'est la jeune américaine qui, à la suite d'un accident, est restée dans un état végétatif chronique. Il l'a montré à 49 élèves infirmières et il leur a dit: si c'était votre soeur, combien d'entre vous la débrancheraient? Environ 25 ont dit qu'elles le feraient. Ensuite il leur a demandé: mais si c'était vous, combien d'entre vous auraient débranché? 46 l'auraient fait.

Le fait est que nous ne pouvons pas prendre de décisions pour les autres. Quand il s'agit de nous, c'est différent, c'est la nature humaine.

Il est impossible de demander à des familles de prendre ce genre de décision, car émotivement, elles ne veulent pas perdre leur parent. Objectivement, elles savent qu'il n'y a pas d'espoir, mais elles ne peuvent se résoudre à le faire.

M. Cole: Oui, mais vous nous dites maintenant que c'est à la famille de prendre la décision.

[*Texte*]

Mr. Molloy: Or health care professionals.

Mr. Cole: No, but the health care professional has a professional responsibility to do everything in his power to preserve that life.

Dr. Molloy: That is right.

Mr. Cole: I do not think he has been given the authority or the autonomy to make the kind of decision you are asking the family or the individual to make.

Dr. Molloy: Absolutely, and that is the point.

Mr. Cole: Yes, but you cannot put the two of them together and compare one to the other.

Dr. Molloy: No, I agree. I am making the point that when somebody else has to make the decision, be it the health care professional or a family member, it is very difficult to make that decision. It is easier to make it for yourself. It is a better decision when you make it yourself, and that is the whole premise of everything.

Mr. Cole: All right.

Dr. Molloy: What we did in the study was we put down "maximum", the family had requested "maximum". Remember that. In the study always "maximum" had been requested by the family and the physician. These were the four levels of care, as I explained—supportive, limited, maximum, and MICU.

This is what happened: Of the 1,100 physicians—and this was the "no directive" scenario, remember when the daughter was away and the doctor was away—8% chose supportive, 40% chose limited, 32% chose maximum, and 18% chose MICU.

When we gave them DNR they shifted towards supportive; they went from 8% to 13%, and intensive care went from 18% to 8%. But in spite of the DNR order some people were still sending the patient to intensive care.

Mr. Cole: May I just go back to your "no directive"? You may come to this, but I do not want to lose it in case you do not. Was there any request from the attending physician, the proposed attending physicians in the scenario, as to what the reason was for why the choices were made?

Dr. Molloy: Factors the physicians considered?

Mr. Cole: Yes.

Dr. Molloy: I will come to it.

Mr. Cole: Okay.

Dr. Molloy: And then we had the directive "maximum". When on the directive it was the maximum level of care requested 60% of physicians gave it, but still 40% gave other levels of care in spite of a clear directive.

In the next slide are the different countries, and this is really interesting, this is fun: Canada and the States, Australia, Scotland, Wales, Sweden and Brazil. Look at the intensive care one. In Canada 19% of physicians sent the patient to intensive care; in the States, 32%; in Australia, Scotland and Wales, 1% to 5%; Sweden 17%; and Brazil 38%. We could not figure out the Brazilian system, but in fact the Americans set it up. It has a very litigious system, and it is private.

[*Traduction*]

M. Molloy: Ou au professionnel de la santé.

M. Cole: Le professionnel de la santé à la responsabilité professionnelle de faire tout en son pouvoir pour préserver cette vie.

M. Molloy: C'est exact.

M. Cole: Je ne pense pas qu'il ait le pouvoir de prendre le genre de décision que vous demandez à la famille ou à l'interessé de prendre.

M. Molloy: Absolument, c'est bien là le problème.

M. Cole: Oui, mais vous ne pouvez pas comparer les deux.

M. Molloy: Non, je suis d'accord. Je dis simplement que quand quelqu'un d'autre doit prendre cette décision, qu'il s'agisse du professionnel de la santé ou d'un membre de la famille, c'est une décision très difficile à prendre. Elle est plus facile à prendre pour soi-même. Elle est meilleure quand on la prend pour soi-même, et c'est là-dessus que tout repose.

M. Cole: D'accord.

M. Molloy: Dans l'étude, nous avons parlé de «maximum», la famille avait réclamé le «maximum». Ne l'oubliez pas. Dans l'étude, le «maximum» avait toujours été réclamé par la famille et le médecin. Il s'agissait des quatre niveaux de soins, comme je vous l'expliquais—de soutien, limité, maximum et intensif maximum.

Voici ce qui est arrivé. Sur les 1,100 médecins—et il s'agissait du scénario «sans directives». La fille était en vacances et le médecin de famille aussi. . . 8 p. 100 ont opté pour le minimum, 40 p. 100 pour le limité, 32 p. 100 pour le maximum et 18 p. 100 pour l'intensif maximum.

Dans le scénario de non-réanimation, le minimum a augmenté de 8 à 13 p. 100 et l'intensif est passé de 18 à 8 p. 100. Mais malgré la directive de non-réanimation, certains envoyaient quand même le patient en soins intensifs.

M. Cole: Puis-je revenir à votre «sans directives»? Vous y viendrez peut-être tout à l'heure, mais je préfère en parler tout de suite à tout hasard. Le médecin de service, les médecins du scénario, ont-ils demandé la raison de ces choix?

M. Molloy: Les facteurs dont les médecins ont tenu compte?

M. Cole: Oui.

M. Molloy: J'y viendrai tout à l'heure.

M. Cole: Très bien.

M. Molloy: Ensuite nous avions la directive «maximum». Quand la directive réclamait le maximum de niveau de soins, 60 p. 100 des médecins l'ont accordé, mais 40 p. 100 ont encore opté pour d'autres niveaux de soins malgré cette directive claire.

La diapositive suivante montre les différents pays, et voilà qui est vraiment intéressant: le Canada et les États-Unis, l'Australie, l'Écosse, le Pays de Galles, la Suède et le Brésil. Vous voyez la colonne «soins intensifs». Au Canada, 19 p. 100 des médecins ont envoyé le patient aux soins intensifs; aux États-Unis, 32 p. 100; en Australie, en Écosse et au Pays de Galles, de 1 à 5 p. 100; en Suède 17 p. 100; et au Brésil 38 p. 100. Nous n'arrivions pas à comprendre le régime brésilien, mais en fait il a été mis en place par les Américains. Les poursuites judiciaires sont très nombreuses et la médecine est privée.

[*Text*]

• 1140

So what we are looking at here is different health care systems spending 10% of the gross national product on health care. And the question arises, who has the better health care system? If you spend more money on health care and send more people to intensive care, do you end up with a better health care system? It is philosophical question. What is the better health care system? What should we do with our dollars? But that is what we are doing with our dollars, and I am going to show you why we are doing that with our dollars.

The nice thing about this is that when maximum level of care was requested 68% of Canadian physicians followed the patient. That was the highest of all of the countries. For instance, in Brazil only 47% of physicians knew best; 50% only followed it. In Sweden, 50%; Wales, 49%. But Canada was the best of all, which was nice.

An hon. member: The Scots.

Dr. Molloy: I am sorry; you are right. The Scots followed the patient more than the Canadians, but the Canadians did not do too badly; we were up there.

Then we asked the physicians an interesting question. Did the directive or the DNR make your decision-making easier? And 61% said yes, it did. It helped them, and 55% said the DNR did. So physicians thought. . .interesting, that might be the 60% who obeyed it.

We felt we had a mandate from physicians to proceed. A lot of them followed the directive and they said it made their decision-making easier. How much difficulty did you have making this decision? Some, with very much difficulty, and with no information, 45%; with the DNR, 32%; with the directive, 30%. So the directive was making their decision-making easier. They were receiving more information.

Mr. Cole: Are these percentages for all the physicians?

Dr. Molloy: Eleven hundred physicians.

Mr. Cole: We are not just talking about Canadian?

Dr. Molloy: No. Actually, this is one part. We interviewed 1,500 physicians in total, but this is just one part of the study. We asked a lot of other questions. We looked at different levels of dementia, different ages of patients, we had a lot of different scenarios. But I am just showing you one part of the study. This was a large study.

[*Translation*]

La situation est la suivante: Les soins médicaux absorbent 10 p. 100 du produit national brut. Cela nous porte à nous demander quel est le pays le plus avancé en matière de soins médicaux? Le niveau des soins médicaux s'améliore-t-il avec l'augmentation des crédits affectés à la santé et l'augmentation du nombre de personnes pouvant bénéficier de soins intensifs? La question revêt un caractère philosophique et l'on continue à s'interroger sur ce que constitue un bon système de soins médicaux et sur la manière dont il conviendrait de répartir les deniers publics. Je vais tenter de vous expliquer pourquoi, au Canada, nous avons décidé d'agir de la sorte.

Précisons tout de suite, et c'est à l'honneur du Canada, que lorsqu'un patient demandait à bénéficier des soins maximaux, 68 p. 100 des médecins canadiens ont respecté la volonté du patient. De tous les pays, c'est au Canada que la proportion est la plus forte. Au Brésil, par exemple, seulement 47 p. 100 ont eu le dernier mot; 50 p. 100 seulement se sont rangés à la volonté du patient. En Suède, la proportion est de 50 p. 100; au pays de Galles de 49 p. 100. Le Canada est, à cet égard, le premier.

Une voix: Les Écossais.

M. Molloy: Oui, excusez-moi. Vous avez raison. Les médecins écossais ont respecté les voeux du patient plus souvent encore que les Canadiens mais, les Canadiens s'en sont tirés honorablement. Nous sommes parmi les tout premiers.

Nous avons ensuite posé aux médecins une question assez intéressante. La directive ou la directive de non-réanimation a-t-elle facilité votre décision? Soixante-et-un pour cent ont répondu que la directive les avait effectivement aidés et 55 p. 100 ont dit que c'était la directive de non-réanimation. Les médecins ont trouvé ce résultat intéressant et ont pensé que cette proportion répondait peut-être aux 60 p. 100 d'entre eux qui avaient obéi à la directive.

Cela nous a donné à penser que les médecins eux-mêmes voulaient que nous allions de l'avant. Beaucoup d'entre eux ont suivi la directive et ont estimé que cela avait facilité leur décision. Votre décision a-t-elle été difficile à prendre? Pour 45 p. 100 d'entre eux, la décision a été très difficile sans information. Très difficile pour 32 p. 100 de ceux qui avaient reçu la DNR et pour seulement 30 p. 100 de ceux qui avaient reçu la directive. C'est dire que cette directive facilite la prise de décision et offre aux médecins une meilleure information.

M. Cole: Ces pourcentages s'appliquent-ils à l'ensemble des médecins?

M. Molloy: A 1,100 médecins.

M. Cole: Il ne s'agit donc pas seulement de médecins canadiens?

M. Molloy: Non. En fait cela ne constitue qu'une partie de notre étude. Nous avons, au total, interviewé quelque 1,500 médecins mais les éléments dont nous venons de faire état ne constituent qu'une partie de notre étude. Nous avons également posé beaucoup d'autres questions. Nous nous sommes penchés sur les divers états de démence, les différences d'âges du patient. Nous avons étudié un certain nombre d'hypothèses. Je ne vous fais part que d'une partie de l'étude qui, je le répète, comportait beaucoup d'autres éléments.

[*Texte*]

Then we asked them your question: What were the factors they considered? Were they legal factors, ethical factors, hospital costs, patient wishes, family wishes, the level of dementia, the patient's age or the doctor's own religion? How important were these? They said extremely or very important, moderate or somewhat important, or not important at all. With regard to the legal factors, 44% said they were extremely or somewhat important.

The ethical factors, 87% said that they were extremely or somewhat important. Five percent said they were not interested in hospital costs. It did not bother them. Ninety percent said the patient's wishes were important. So the majority of physicians said that the patient was extremely or somewhat important. So the physicians were saying whatever the patient says, that is the most important. That was the highest. So they are saying if we knew what the patient wanted we would have given it, because the patient's wishes were the most important—90%.

Family wishes, 60%. Level of dementia, 50%. Patient's age, 14%, and the physician's own religion and cultural background, 15%.

You have the picture of the physician in the emergency department with eight balls in the air, trying to balance all of these and saying what am I going to do? If he is really concerned that the patient's son is going to be the Attorney General of Canada and walk in in the morning and sue him because he did not do it, he is going to be concerned about legal factors. Maybe the son is a lawyer or is an American living in California, who is going to come back and sue him. Ethically, he does not want to do it or he does want to do it or whatever.

The physician has to try to balance all of these factors in making his decision and a lot of them are extremely so important. It is a tough decision.

It is easy to scapegoat the physicians and say oh, look at the decisions they make. They are doing the best they can under those circumstances. Physicians are put in this situation every day of their lives, repeatedly making these decisions for people.

[*Traduction*]

Nous leur avons ensuite posé la question suivante: quels sont les facteurs dont vous avez tenus compte? Avez-vous tenu compte de facteurs juridiques, éthiques, du niveau des coûts hospitaliers, de la volonté du patient et de la famille, l'état de démence éventuelle, l'âge du patient ou de la religion du médecin traitant? Quelle importance avez-vous attribué à ces divers facteurs? Selon les médecins, ces divers facteurs ont joué un rôle très important ou extrêmement important, un rôle moyennement important, ou, au contraire, n'ont joué aucun rôle dans la décision. Quarante-quatre pour cent des médecins ont répondu que les facteurs juridiques revêtaient une très grande ou une assez grande importance.

Quatre-vingt-sept pour cent des médecins accordent aux facteurs éthiques une très grande ou une assez grande importance. Cinq pour cent d'entre eux ont dit ne pas tenir compte des coûts d'hospitalisation. Pour eux, ce facteur n'a aucune importance. Quatre-vingt-dix pour cent ont dit attacher de l'importance à la volonté du patient. Ainsi, la majorité des médecins ont répondu que la volonté du patient était très importante ou assez importante. Pour les médecins, la volonté du patient constitue donc le facteur le plus important. C'est sur cette question que nous avons recueilli la plus forte proportion de réponses positives. Le médecin entend donc offrir au patient les soins que celui-ci aimerait recevoir, dans la mesure ou ces désirs sont connus. Quatre-vingt-dix pour cent des médecins accordent la plus haute importance à la volonté du patient.

Soixante pour cent à la volonté de la famille. Cinquante pour cent à l'état de démence. Quatorze pour cent à l'âge du patient et 15 p. 100 à la religion et à l'origine culturelle du médecin lui-même.

Voici donc un médecin qui se trouve au service des urgences essayant de jongler avec huit balles et obligé de prendre toutes sortes de décisions. Peut-être s'inquiète-t-il à l'idée que le fils du patient est le Procureur général du Canada et qu'il risque de se voir traîner en justice pour ce qu'il n'aura pas fait au chevet du père. Dans une telle situation, il attache une très grande importance aux facteurs juridiques. Peut-être que le fils du patient est avocat ou qu'il est installé en Californie. Le médecin s'expose alors à un procès. Des considérations d'ordre éthique lui indiquent telle ou telle voie à suivre.

Le médecin doit essayer de se tracer une voie moyenne à travers tous ces facteurs dont plusieurs ont une réelle importance. Dans de telles conditions, la décision du médecin peut être extrêmement difficile.

Il est facile de s'en prendre aux médecins et de critiquer leurs décision. Or, compte tenu des circonstances, les médecins font de leur mieux. Un médecin peut, tous les jours, avoir à prendre ce genre de décisions, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner pour le patient.

[*Text*]

You can clearly see the difficulty they have. Physicians go home and toss and turn at night, wondering if they made the right decision. If they put the person in intensive care, the family comes in in the morning and says what are you doing to my mother? If they do not, the family comes in and says what did you do, you let my mother die. Physicians are in an impossible situation.

So these are the physicians' responses to various factors: black, extremely or somewhat important, and not important at all. You can see that the patient's wishes and the ethical. . . I do not know what ethical is; it is a system of values, but we never defined it. But they consider this very important and the patient's wishes very important.

The family wishes, the level of dementia, and the doctor's own religion were not that important, or the patient's age. And clearly the hospital costs did not affect them. But these were the factors they considered.

• 1145

The legal factors: Canada, the United States, U.K., Australia, Scotland, Sweden and Brazil, the States and Brazil the highest, Canada, Sweden next, and then Scotland, Australia and U.K. So I think of three groupings here, these two, Canada and Sweden, have very similar health care systems and these three groups here.

I want you to look at something now. Look at these boxes and compare them with the ICU and they correlate exactly. The more they are concerned about the legal factors. . .they said the hospital costs and the religion and all that stuff, but this was the one that pushed this one up and down. So the physicians' concerns are fear of litigation. That was what was motivating these decisions. Although the other things were important, that was the bottom line. You wonder what is driving our health care system and I suggest to the committee this fear of litigation, whether it is real or not, is driving our health care system, and I do not think it is such a great idea.

So we did physicians and we got the response that we thought that physicians would have thought was helpful, and they followed it, 60% at least. We felt we had a mandate to proceed so we went to the general public. We wanted to see if the general public wanted a directive. So we went to senior activity centres and various places where seniors were meeting and we sampled 900 people. It was not by any means a random sample of the population. It was sort of a spotty sample, and that is one of the problems with this data, but we feel it is fairly representative of seniors, non-institutionalized seniors, community-dwelling seniors.

[*Translation*]

Nous n'avez aucun mal à imaginer la difficulté de ce genre de situations. Certains médecins vont ensuite rentrer chez eux et ne parviendront pas à fermer l'oeil de toute la nuit, analysant sans répit les divers aspects de la décision qu'ils ont eue à prendre. A supposer qu'ils envoient le patient au service des soins intensifs, il s'expose à être confronté, le lendemain matin, par la famille qui lui demande des comptes. S'il n'envoie pas le patient en soins intensifs, il risque de voir la famille lui reprocher d'avoir laissé mourir leur mère. C'est dire que les médecins se trouvent dans des situations impossibles.

Volià donc comment les médecins jugent l'importance des divers facteurs: très importants, assez importants, sans importance. Vous pouvez donc voir que la volonté du patient et les considérations éthiques. . . Je ne saurais expliquer la dimension éthique; il s'agit d'un système de valeurs mais, nous ne l'avons jamais défini. Cela dit, les médecins y accordent une très grande importance ainsi d'ailleurs qu'à la volonté du patient.

Selon les médecins, la volonté de la famille, l'état de démence et la religion du médecin lui-même n'ont qu'une faible importance et cela est également vrai de l'âge du patient. A l'évidence, les médecins ne se laissent pas influencer par le facteur coût. Voilà, donc, les facteurs envisagés.

Pour ce qui est des facteurs d'ordre juridique: du Canada, des États-Unis, de la Grande-Bretagne, de l'Australie, de l'Écosse, de la Suède et du Brésil, c'est aux États-Unis et au Brésil qu'on y accorde le plus d'importance, en deuxième position se trouve le Canada et la Suède, puis l'Écosse, l'Australie et la Grande-Bretagne. De ces trois groupes, le Canada et la Suède ont des régimes de soins de santé très semblables.

J'aimerais maintenant vous montrer quelque chose. Regardez ces cases et comparez-les avec les questions portant sur les soins intensifs. La corrélation est parfaite. Plus le médecin attache de l'importance aux facteurs d'ordre juridique. . .ils invoquent, bien sûr, les coûts d'hospitalisation, le facteur religieux et divers autres aspects, mais c'est bien cet aspect-là qui influence le plus le comportement. Ces médecins ont peur des poursuites. C'est la principale raison des décisions prises. Les autres facteurs revêtent, certes, une certaine importance mais c'est celui-là qui est déterminant. On se demande ce qui oriente notre système de soins de santé et je pense pouvoir répondre que c'est la crainte des poursuites, justifiée ou non, qui a le plus d'influence sur le fonctionnement de notre système de soins de santé. Or, j'estime que ce n'est pas une bonne chose.

Nous avons unterrogé des médecins et au moins 60 p. 100 d'entre eux se sont rangés aux idées que nous leur avons proposées. Fort de l'appui des médecins, nous nous sommes ensuite adressés à la population. Nous voulions savoir si le public était favorable à l'adoption d'une directive. Nous nous sommes donc rendus dans des centres d'activités pour les personnes âgées ou dans les centres où elles se rencontrent et nous en avons interrogé 900. Il ne s'agissait pas d'un échantillon aléatoire mais plutôt d'un échantillon ponctuel et c'est un des problèmes que posent ces données. Cela dit, nous estimons que cet échantillon est assez représentatif des personnes âgées vivant en milieu autonome.

[*Texte*]

We got health-care professionals and we got non-health-care professionals; we had a lot of physicians and nurses in this group. These are all physicians and nurses. We had 225 health-care professionals and 684 non-health-care, and these tended to be younger and the seniors tended to be older. There was no difference in any of the decisions made between the health-care and non-health-care professions. Remember this when I show you the data.

We asked them: If unable to communicate, how important would it be for you to have an advance directive indicating the level of care? Ninety-two percent said extremely important. Would you want to have your desired level of care documented? Eighty-eight percent. Are you concerned that if you became ill and had to go to hospital that tests and procedures will be done without your knowledge or consent? Seventy-one percent. Are you concerned that if you became ill and had to go to hospital that you would be treated too aggressively? Sixty-five percent extremely concerned. Are you concerned that if you became ill and went to hospital you would not be treated aggressively enough? Forty-two percent. This was true for health-care professions and non-health-care professions.

So physicians and nurses in Canada are more concerned they will be treated too aggressively rather than not aggressively enough. I remind you, that is an insider's look at the health-care system and it is consistent with the outsider's view of the health-care system. That is the perception we have of our health-care system, that we are treating people too aggressively.

How important is it to you to have a say in deciding what type of health care you receive? Ninety-three percent. I did not make these figures up. We never expected these figures. Would you like to discuss hospital treatment investigation issues with your physician? Eighty-eight percent said yes, extremely important. Only 5% said no, I think, that they did not want to discuss it. But the vast majority of Canadians would like to discuss these issues with their physicians.

The problem with our health care system is we have a billing system. It is like A&P or a turnstile. The more people the physicians see, the more money they make. They do not get paid for quality of care. They get paid for putting people through their waiting rooms. Therefore, physicians do not have time to sit down and discuss these issues.

[*Traduction*]

Nous avons également interrogé des professionnels de la santé ainsi que des professionnels relevant d'autres spécialités. Il y avait beaucoup de médecins et beaucoup d'infirmières dans ce groupe. Nous avons interrogé 225 professionnels de la santé et 684 personnes appartenant à d'autres professions. Celles-ci tendaient à être plus jeunes et les personnes âgées plus âgées. Nous n'avons constaté aucune différence au niveau des décisions prises entre la catégorie des professionnels de la santé et les autres professions. Je vous prie d'en tenir compte lorsque je vous montrerai les résultats de notre enquête.

Nous leur avons posé la question suivante: À supposer que vous ne soyez pas en mesure de manifester votre volonté, quelle est, à vos yeux, l'importance d'une directive préalable indiquant aux médecins l'étendue des soins que vous aimeriez recevoir? Quatre-vingt-douze pour cent ont répondu qu'ils accordaient à cela une extrême importance. Voudriez-vous que soit documentée au préalable l'étendue des soins que vous aimeriez recevoir? Quatre-vingt-huit pour cent ont répondu oui. Êtes-vous inquiet à l'idée que vous pourriez tomber malade et que l'on vous emmènerait à l'hôpital pour vous faire subir des tests et des interventions auxquels vous n'auriez peut-être pas consentis? Soixante-et-onze pour cent ont répondu oui. Êtes-vous inquiet à l'idée que vous pourriez tomber malade et qu'à l'hôpital, on vous imposerait un traitement trop radical? Soixante-cinq pour cent se sont dit très inquiets. Êtes-vous inquiet à l'idée de tomber malade et de ne pas recevoir, à l'hôpital, des soins assez poussés? Quarante-deux pour cent ont répondu oui. Cela vaut aussi bien pour les professionnels de la santé que pour les membres des autres professions.

Ainsi, au Canada, les médecins et les infirmières s'inquiètent plutôt du risque de traitements trop radicaux que de l'insuffisance des soins. Je vous rappelle qu'ici nous examinons notre système médical de l'intérieur et que les résultats que nous avons trouvés sont conformes aux opinions manifestées par des observateurs extérieurs. L'impression est donc que nous imposons aux patients des traitements trop radicaux.

Quelle importance attachez-vous à la possibilité de participer au choix des soins qui vont vous être donnés? Quatre-vingt-treize pour cent estiment cela important. Je n'ai pas inventé ces chiffres. Mais les résultats nous ont effectivement surpris. Aimeriez-vous pouvoir discuter, avec votre médecin, des soins qui peuvent vous être administrés? Quatre-vingt-huit pour cent ont répondu qu'ils y attachaient une très grande importance; seulement cinq pour cent ont dit qu'ils ne voulaient pas participer. Mais la très grande majorité des Canadiens aimeraient pouvoir en discuter avec leurs médecins.

Ce qu'il y a de gênant dans notre système médical c'est le système de facturation. Cela donne parfois une médecine d'abattage. Plus un médecin voit de patients, plus il gagne d'argent. Il n'est pas rémunéré en fonction de la qualité des soins mais en fonction du nombre de clients dans la salle d'attente. Souvent, le médecin n'a pas le temps de discuter de ces questions avec son patient.

[*Text*]

We asked them: How would you like to be treated for reversible illness and irreversible illness? Do you remember what the other figures looked like? In Canada, this 82-year-old man who we would all agree had an irreversible illness, 18% of physicians sent him to intensive care. But what happens when you ask the general public what they want? These are people 20 to 30, 30 to 40, 40 to 50, 50 to 60, 60 to 70 and over 80. The white boxes are palliative.

We had an 82-year-old man who was moderately demented, incontinent of urine and feces, did not recognize his daughter, with Alzheimer's disease. I think we would all agree that was an irreversible illness. Eighteen percent of physicians sent him to intensive care, 40% were limited, about 35% were supportive and 8% were palliative. Yet when you ask people aged over 80 what they want in the event of irreversible illness, 80% want palliative care, 1% want intensive care. As you get older, more people request palliative care, which is not surprising for irreversible illness.

• 1150

What about reversible illness? For reversible illness, 50% want palliative care, 20% want intensive care. Fifty percent of people in Canada aged over 80 would want palliative care only for reversible illness. These are healthy community-dwelling seniors. These are the figures as you get older.

If you want to look at who is wasting health, it is not seniors. When you ask them, they do not want it, but they are getting it. Look at these people: 1% of seniors requested intensive care in the event of irreversible illness, but 20% of people under the age of 30 would want intensive care in spite of irreversible illness. So that is wasting health care, but this is not.

So I put it to the committee that when you ask people, they make perfectly logical choices.

Mrs. Clancy: To be fair to the under-thirties, is it not more difficult to suggest that there is any such thing as an irreversible illness—

Dr. Molloy: Or death?

Mrs. Clancy: —when you are under 30?

Dr. Molloy: Of course. When you are under 30, you are never going to die.

[*Translation*]

Nous leur avons alors demandé: En cas de maladie réversible ou de maladie irréversible, quel serait le traitement que vous aimeriez recevoir? Vous souvenez-vous des autres chiffres que nous avons évoqués? Au Canada, nous avons trouvé que 18 p. 100 des médecins décideraient d'envoyer au service des soins intensifs un homme de 82 ans qui, de toute évidence, souffrait d'une maladie irréversible. Mais que se passe-t-il lorsqu'on pose la question au public? Il s'agit de personnes appartenant aux catégories d'âges suivantes: de 20 à 30 ans, de 30 à 40, de 40 à 50, 50 à 60, 60 à 70 et des personnes de plus de 80 ans. Les cases blanches correspondent aux soins palliatifs.

Nous avons examiné le cas d'un homme de 82 ans atteint d'une démence de gravité moyenne, ayant perdu le contrôle de ses mécanismes excréteurs, ne reconnaissant pas sa fille et souffrant de la maladie d'Alzheimer. Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire qu'il souffrait d'une maladie irréversible. Dix-huit pour cent des médecins interrogés ont dit qu'ils l'enverraient au service des soins intensifs, 40 p. 100 lui accorderaient des soins plus limités, environ 35 p. 100 lui accorderaient des soins de soutien et 8 p. 100 l'enverraient probablement dans une unité de soins palliatifs. Et pourtant, lorsqu'on interroge les personnes de plus de 80 ans pour leur demander le type de soins qu'elles aimeraient recevoir en cas de maladie irréversible, 80 p. 100 ont répondu qu'elles voudraient recevoir les soins palliatifs et seulement un pour cent entendait bénéficier de soins intensifs. Avec l'âge, les gens demandent davantage les soins palliatifs, ce qui n'est d'ailleurs pas surprenant dans l'hypothèse d'une maladie irréversible.

Mais qu'en est-il des maladies réversibles? Dans l'hypothèse d'une maladie réversible, 50 p. 100 des répondants se sont prononcés en faveur des soins palliatifs, contre 20 p. 100 pour les soins intensifs. Au Canada, 50 p. 100 des personnes de plus de 80 ans se prononcent en faveur des seuls soins palliatifs, même en cas de maladies réversibles. Il s'agit de personnes âgées en bonne santé et vivant une existence plutôt autonome. Voilà donc les chiffres pour les personnes âgées.

Ce ne sont donc pas les personnes âgées qui sont responsables de certains gâchis en matière de soins de santé. Au contraire, ils vous répondent qu'ils n'en veulent pas mais qu'on leur administre quand même. Constatez: 1 p. 100 des personnes âgées se sont prononcées en faveur de soins intensifs en cas de maladie irréversible, mais pour les personnes de moins de 30 ans la proportion monte à 20 p. 100 dans la même hypothèse. On voit bien qu'elles sont les catégories les plus portées aux gaspillages des soins médicaux.

Ces choix me paraissent parfaitement logiques.

Mme Clancy: Disons, pour être juste, que les moins de 30 ans ont peut-être plus de mal à comprendre qu'il y a effectivement des maladies irréversibles.

M. Molloy: Et même à envisager la mort?

Mme Clancy: Je dis bien pour les personnes de moins de 30 ans.

M. Molloy: Tout à fait. Les personnes de moins de 30 ans ne pensent pas qu'ils vont mourir.

[*Texte*]

Mrs. Clancy: No, I mean from the doctor's point of view too. Things happen to people under 30.

Dr. Molloy: That is right. They get saved. There is an acceptance of death here. Do you see it?

Mrs. Clancy: Oh yes, absolutely.

Dr. Molloy: As you get older you start to realize you are going to die. When you are 30, you are never going to die; you are never going to be 80.

So this is the irreversible illness, and this is in stark contrast to what the physicians had chosen, if you remember. Those aged over 85 are the fastest-growing segment of our population. They are going to quadruple over the next 30 to 40 years. They consume seven times more health care than those at middle age. They consume an enormous portion of our health care, and I put it to the committee that they do not want it. They are getting it, but they do not want it.

So that is a survey. That is not going to happen in real life, is it? So we put it into Idlewyld Manor, which is a home for retired doctors' wives and school teachers. All the ladies are quite well-to-do, thank you very much. They have linen napkins and silver cutlery and they live in their own apartments and some of them drive nice cars and they play bridge and have a nice lifestyle. These ladies are happy; they are not suffering. There are 101 of them, and there are 20 of them in a nursing home wing and they need assistance with washing and dressing, but 80% of these women are fully independent. They come and go and they leave and they have quite active social lives. These are not impaired ladies; these are independent ladies.

So we put the directive in. Virginia will tell you a bit more about this. Virginia is a resident of Idlewyld, but she is also a co-ordinator who co-ordinates the program. We put the directives into Idlewyld and 85 of the ladies completed health care directives; 8 still had not made up their minds at the time we did it, after a few months, 3 had living wills, and 2 were incomplete.

This is what the ladies chose. Their mean age is 85, but they range from 76 to 103. So these ladies are getting up there. Thirteen would want CPR in the event of cardiac arrest, but 72 would not want it. In the physician's study of the moderately demented man, 50% of physicians resuscitated, but these are health seniors and 72% or more would not want CPR. These are the ladies' choices. For reversible illness, 32% supportive, 20 want to go to intensive

[*Traduction*]

Mme Clancy: Non, je parle de l'optique du médecin. Les gens de moins de 30 ans tombent tout de même parfois malades ou ont des accidents.

M. Molloy: C'est juste. Ils s'en tirent. On voit une certaine acceptation de l'idée de la mort. Vous en êtes-vous aperçu?

Mme Clancy: Oui, tout à fait.

M. Molloy: On prend conscience, en vieillissant, qu'on va mourir un jour. Or à 30 ans, on n'y pense jamais; on ne pense jamais qu'un jour on sera vieux.

Il y a donc l'hypothèse de la maladie irréversible et, comme on l'a vu, cela contraste très vivement avec les réponses données par les médecins. la catégorie des personnes de plus de 85 ans est celle qui augmente le plus rapidement. Au cours des 30 ou 40 prochaines années, cette catégorie est appelée à quadrupler. Or, ces personnes ont besoin de sept fois plus de soins médicaux que les personnes d'âge moyen. Elles reçoivent une proportion énorme des soins médicaux mais, d'après ce que nous avons pu constater, cela se fait un peu en dépit de leur volonté. On leur administre ainsi des soins dont ils se passeraient volontiers.

Voilà donc les résultats de notre sondage mais qu'en est-il en réalité? Nous sommes allés au Manoir Idlewyld résidence qui accueille des personnes retraitées et, plus précisément, des femmes de médecins et des enseignantes. Toutes ces femmes ont tout l'argent nécessaire. Elles ont des serviettes de table en tissu, de l'argenterie. Elles occupent leur propre appartement, certaines d'entre elles ont une jolie voiture. Elles jouent au bridge et en un mot, tiennent leur rang. Ces dames sont heureuses; elles ne souffrent pas. Il y en a 101 dont 20 qui occupent une aile du bâtiment qui forme maison de repos. Ces 20 personnes ont besoin d'aide pour se laver et s'habiller mais les autres sont pleinement autonomes. Elles vaquent à leurs activités, se rencontrent, reçoivent leurs amis et, en un mot, mènent une vie tout à fait normale. Il ne s'agit donc pas de personnes diminuées mais de personnes tout à fait autonomes.

Nous leur avons envoyé un directive. Virginia vous en dira un peu plus là-dessus. Elle est résidente de Idlewyld mais c'est également elle qui assure la coordination du programme. Nous avons donc envoyé cette directive à Idlewyld et 85 résidentes ont rempli le formulaire. Huit n'étaient pas parvenues à se décider après plusieurs mois, trois avaient rédigé un document exprimant leur volonté et deux avaient rempli la directive mais de manière incomplète.

Voici les résultats de notre sondage. La moyenne d'âge est de 85 ans, mais les âges varient de 76 à 103 ans. C'est dire que ce ne sont pas des jeunes filles. Treize entendent bénéficier de la RCP en cas d'arrêt du coeur mais 72 s'y opposent. Dans l'enquête menée auprès des médecins, 50 p. 100 d'entre eux ont répondu qu'ils assuraient la réanimation d'un homme atteint de démence moyenne, mais il s'agit ici de personnes âgées en bonne santé et 72 p. 100 d'entre elles ne

[*Text*]

care. For irreversible illness, only one wants to go to intensive care, but 70 want supportive. So this was very similar to the other data we collected in the community.

These actually appeared on the women's charts. These women put them on their charts. So this was not a survey; this was real. They discussed it with their daughters, they discussed it with their families, and this is what they did.

I actually have a year's follow-up data on Idlewyld. We put the directives into Idlewyld, and I would like to show you what happened when we put them in there to the health care system.

The directive is a four-page document, if you want to look at it. It is actually meant to be taken out of the book. This comes out. It is detachable. You will see that there is a personal copy. These are the brown things in the middle of the book. You take them out. They are meant to come out. There is a personal copy, an advocate's copy, a physician's copy, and an extra copy.

What you do is you decide you want to fill out a directive because you had a bad experience in the health care system, and whatever happens to you, you do not want to leave this decision to your kids. Then you go home, sit down and talk to your daughter or your best friend, your neighbour or whoever you trust. You have a cup of tea, a glass of wine or a beer, or whatever you do, sit down and say to this person, if the time ever comes when I have such and such, or if I am ever unable, then I would want or would not want the following. You sit down and discuss it with the person.

• 1155

When the person clearly understands what you want, you then go to your family doctor and complete the directive with your family doctor. Your family doctor makes sure you are not depressed, not suicidal, that this a rational choice; it is consistent with your wishes. Then the family doctor completes it. You keep a copy; your advocate keeps a copy; the family doctor keeps a copy, and you put it on the hospital chart somewhere if you want. And this little thing goes in your wallet beside your OHIP card. It is a simple as that.

I would like to show you what happened at Idlewyld. We put the directives into Idlewyld. We went in and I gave a talk in June of 1989 and then we got six or seven women whom we called facilitators. We spent about three hours explaining to them what the directive was all about, and they were repeatedly told that you do not tell people what to choose, you merely explain what the terms mean. If somebody says what would you do, you say I do not know; do not ask me, it

[*Translation*]

veulent pas qu'on leur applique la RCP. C'est leur choix. Dans l'hypothèse d'une maladie réversible, 32 p. 100 voudraient bénéficier de soins de soutien, 20 p. 100 seulement voulant pouvoir bénéficier de soins intensifs. Dans l'hypothèse d'une maladie irréversible, une seule s'est prononcée en faveur des soins intensifs, mais 70 p. 100 sont favorables à des soins de soutien. Ces données sont très proches de celles que nous avons recueillies dans l'ensemble de la population.

Ces indications figurent au dossier de ces personnes. Elles les ont elles-mêmes inscrites. Ce n'est donc pas une enquête, mais un phénomène bien réel. Elles ont parlé de tout cela avec leurs filles, elles en ont parlé avec leurs familles et c'est la décision qu'elles ont prises.

Nous avons, un an plus tard, effectué un suivi à Idlewyld. Nous leur avons envoyé la directive et j'aimerais vous montrer ce qui s'est passé lorsque nous avons envoyé cette directive dans diverses établissements médicaux.

La directive est un document de quatre pages, comme vous pouvez le constater. Ce document est fait pour être retiré du livre. Il se détache ici. Vous pouvez voir qu'il existe un exemplaire personnel. C'est le document brun qui se trouve au milieu du livre. Vous le détachez donc. Il y a l'exemplaire personnel, l'exemplaire destiné à l'avocat, l'exemplaire destiné au médecin et un exemplaire supplémentaire.

Vous pouvez décider de remplir cette directive à la suite, par exemple, d'un incident hospitalo-médical qui vous a laissé un mauvais souvenir ou si, pour quelque raison que ce soit, vous ne voulez pas vous en remettre à la décision de vos enfants. Puis vous rentrez chez vous, et vous en parlez tranquillement avec votre fille, avec votre meilleur ami, avec votre voisin ou avec quelqu'un en qui vous avez confiance. Il s'agit donc de s'installer avec une tasse de thé, ou un verre de vin ou une bière, et de dire à cette personne, si jamais je me trouve en telle ou telle situation, si jamais je perds mes facultés, voici ce que je voudrais ou ce que je ne voudrais pas. Vous allez donc discuter de tout cela avec la personne que vous avez choisie.

Une fois que cette personne a bien compris votre intention, vous vous rendez chez votre médecin et vous remplissez avec lui cette directive. Votre médecin de famille s'assure que vous n'êtes pas en état de dépression, que vous n'êtes pas dans un état suicidaire et que votre choix est tout à fait libre et rationnel. Votre médecin remplit le formulaire. Vous en gardez un exemplaire; votre avocat en garde un exemplaire ainsi que le médecin et vous pouvez joindre un exemplaire à votre dossier médical. Vous rangez cette petite carte dans votre porte-feuille à côté de votre carte de OHIP. C'est tout.

J'aimerais maintenant vous décrire ce qui s'est passé à Idlewyld. Nous avons donc envoyé des exemplaires de la directive. Nous nous y sommes rendus au mois de juin 1989 et j'ai fait une petite conférence. Nous avons recruté six ou sept femmes ayant accepté d'assurer la coordination. Nous leur avons expliqué pendant trois heures de quoi il s'agissait et nous leur avons bien fait comprendre qu'elles ne devraient pas influencer les choix mais simplement expliquer le sens

[*Texte*]

is not my job—talk to your family. A facilitator would go to a residence and the people would fill out the directives.

We started in September 1989, when the directives started to appear on the chart, and we followed them for a year. This is what happened. The women chose supportive limited maximum MIC for reversible illness, and this is what happened to them, a year later follow-up. Four of them had died; 29 stayed with supportive and one went up to maximum. She changed her wish to maximum. Of the 24 who picked limited, 3 died, 3 went down to supportive, 17 went to limited and the rest did not change. One had not completed. This was the year follow-up: maximum, 2 deaths; 8 stayed at maximum; one went to intensive care; 18 stayed at ICU; 2 went to max and 2 went to supportive. So they did not change that much at a year follow-up.

A very interesting observation—I do not know what to make of this yet, but it is a very interesting observation—is that the women who chose supportive and limited were more likely to die than those who chose maximum or intensive care.

In a very simplistic view of that data, you would say that the reason they did not die was because they got intensive care and they went to hospital. My impression is that these people either knew they were dying—they knew it and that is what they chose—or else they decided that was what they wanted. That is my impression of that data, that these are people switching off somehow, are in a dying process and saying let me go, I know I am dying. That is what I think. These ones are clearly not ready to die, and they are not dying. I think that is the case. It will take us a long time to show that, but it is interesting. I believe it and I really want to chase that up.

These are what they chose for reversible and irreversible. This is what they chose for irreversible: supportive, 6 deaths; 68 stayed at supportive, and nobody changed; in limited, 12. So these women were not changing their minds after a year; they were actually moving down a bit. They stuck with their guns.

[*Traduction*]

des mots. Si on leur demandait ce qu'elle feraient, elle devaient répondre qu'elles ne savaient pas que ce n'était pas leur travail et d'en parler plutôt aux membres de leur famille. Les coordinatrices devaient ensuite se rendre dans les résidences et faire remplir la directive.

Nous avons commencé au mois de septembre 1989, lorsque les directives ont fait leur apparition sur les dossiers et nous avons suivi les personnes l'ayant rempli pendant un an. Voici ce qui s'est passé. On leur avait demandé de choisir, dans l'hypothèse d'une maladie réversible, entre les soins de soutien, les soins limités, ou bien les soins intensifs maximum. Voici ce que nous avons constaté un an après. Quatre d'entre elles étaient mortes; 29 ont maintenu leur choix de soins de base et une a opté pour des soins maximum. Elle a changé d'avis et opté pour des soins maximum. Des 24 femmes qui avaient choisi des soins limités, trois sont mortes, trois ont opté pour des soins de soutien, 17 pour des soins limités et les autres ont maintenu leur choix initial. Une d'entre elles n'avait pas encore rempli le formulaire. De celles qui avaient choisi les soins maximum, 2 sont mortes, 8 ont maintenu leur choix; une a opté pour les soins intensifs; 18 ont maintenu leur choix de soins intensifs; 2 ont changé pour des soins maximum et 2 pour des soins de soutien. C'est dire que la situation n'avait pas tellement changé d'une année à l'autre.

Il est très intéressant de noter—je ne sais pas encore quelle conclusion en tirer mais cela me semble intéressant néanmoins—que l'on a constaté plus de décès chez les femmes qui avaient opté pour les soins de soutien ou des soins limités que chez celles qui avaient opté pour des soins intensifs ou maximum.

On pourrait affirmer de façon simpliste qu'elles ne sont pas mortes justement du fait qu'elles ont reçu des soins intensifs à l'hôpital. J'ai plutôt l'impression que ces personnes voyaient arriver leur fin et que c'est justement pour cette raison qu'elles ont fait le choix décrit plus haut. Peut-être avaient-elles décider de mourir. J'ai donc l'impression que certaines personnes décident, en quelque sorte, d'en finir et, se sentant à la fin de leur vie, désirent ne pas prolonger indûment les choses. C'est du moins ce que je pense. Les autres ne sont pas encore prêtes et effectivement, leur existence se poursuit. C'est du moins ce que je pense. Il nous faudra beaucoup de temps pour dire ce qu'il en est au juste, mais les résultats seront sans doute intéressants. Je vais chercher à élucider la question.

Voilà les choix qui ont été faits dans les hypothèses de maladies réversibles et irréversibles. En cas de maladie irréversible voici les résultats: chez les personnes ayant opté pour les soins de soutien, sont 6 mortes; 68 personnes ont maintenu leur choix de soins de soutien et personne n'a changé d'avis. Douze personnes ont opté pour des soins limités. On constate donc, que d'une année à l'autre ces femmes n'ont pas changé d'avis et certaines d'entre elles ont même, si l'on peut dire, réduit leurs exigences. Elles s'en sont tenues à leur décision initiale.

[*Text*]

[*Translation*]

• 1200

The women who did get sick did not change their directives. Some of them had opportunities to, but they did not. In times of crisis, when they got sick and went to emergency departments, not one of them that we knew of changed their directives, and lots of them were given opportunities. They never changed in the crisis situation.

Les femmes qui sont effectivement tombées malades n'ont pas modifié leurs directives. Certaines d'entre elles ont eu l'occasion de le faire mais s'en sont tout de même tenu à leur décisions initiales. En cas de maladie grave, elles ont été envoyées au services des urgences mais pas une d'entre elles n'a modifié sa directive bien que beaucoup aient eu l'occasion de le faire. Même en période de crise, elles ont maintenu leur décisions initiales.

Mrs. Clancy: Did they get what they wanted in every case?

Mme Clancy: Ont-elles toujours obtenu le niveau de soins pour lequel elles avaient opté?

Dr. Molloy: Not every case. I do not know; we did not follow them that closely in hospital. We basically put the directives into Idlewyld and ran away and left it. We did not want to interfere, and we did not come back for a year. At Idlewyld they have a book where they document admissions to hospital and deaths in the various circumstances. After a year we went and looked at that. We wanted to stay away from it as much as possible. We do not see us as being the ones who implement it. We want seniors to do it for seniors. That is the model we want to set up. If we were around, we would interfere. We just wanted to stay away, and that is what we did.

M. Molloy: Pas toujours. Je ne peux pas vous le dire avec exactitude, étant donné que nous ne les avons pas suivis de près lors de leur hospitalisation. Nous avons envoyé les formulaires de directives à Idlewyld et nous nous en sommes tenus à peu près à cela. Nous ne voulions pas gêner et nous avons attendu une année avant de revenir. Idlewyld conserve un registre qui fait état des hospitalisation, des décès, et des circonstances qui les entourent. Un an après, nous avons étudié ce registre. Nous voulions conserver une certaine distance par rapport à ce qui se passait sur le terrain. Nous ne voulons pas être ceux qui assurent la mise en oeuvre de cette directive. Nous voulons que les personnes âgées s'en occupent entre elles. Voilà un peu le modèle que nous visons. A être trop présent, nous pèserions sur le processus. Nous avons tenu à conserver une certaine distance.

This is very interesting data. These are the people who chose reversible date of supportive limited maximum MIC and frequency choice, and where they died. That is kind of complicated.

Ces données-ci sont extrêmement intéressantes. Il s'agit des personnes ayant opté, en cas de maladie réversible, pour des soins de soutien, pour des soins limités ou pour des soins intensifs maximum, la fréquence des choix et les décès. Tout cela est un peu compliqué.

But this is the most interesting slide of all the slides I have shown you. This was the year before the directives, and this was the year after the directives. So in the year before the directives there were 101 potential spots in Idlewyld, but there was clearly 14 deaths—so 14 women came in. So in that year 150 women were in Idlewyld. During the year after we put in the directives, for a similar period of time—we took September to October—there were 119.

Voici, des diapositives que je vous ai montrées, la plus intéressante. Voilà la situation un an avant la directive et un an après. Dans l'année précédant l'envoi des directives, on voit 101 places à Idlewyld, avec 14 décès et donc 14 arrivées. Cette année-là, 150 femmes habitaient Idlewyld. Au cours de l'année suivant l'envoi de la directive, c'est à dire au cours de la période allant du mois de septembre au mois d'octobre, il y avait 119 pensionnaires dans cet établissement.

Deaths at Idlewyld: 8 in hospital; 6 in hospital; 11 in Idlewyld. So in the year before we put in the directives, less than 12% the deaths occurred in Idlewyld; 8 out of 9 occurred in hospital. But we totally changed the location of deaths after the directives went in, because one clear thing the women were saying was that this is my home, the nurses are like my daughters; if I get sick I do not want to die in a strange hospital with people who do not know me, I do not want to die in an ambulance with the siren flashing, I do not want to die in an emergency department with somebody banging on my chest. Let me die here. This is what happened.

Voici la répartition des décès: huit sont mortes à l'hôpital; puis six à l'hôpital et 11 à Idlewyld. Donc, l'année avant l'envoi des directives, moins de 12 p. 100 des décès ont eu lieu à Idlewyld; huit sur neuf des décès ont eu lieu à l'hôpital. Mais, après l'envoi des directives, le lieu des décès semble avoir changé car il semble évident que les femmes ont décidé qu'elles étaient chez elles à Idlewyld, que les infirmières étaient un peu comme leurs filles et qu'elles ne voulaient pas mourir dans un hôpital qu'elles ne connaissaient pas, entourées par des personnes qui leur étaient étrangères. Ces femmes ne voulaient donc pas mourir dans une ambulance lancée à toute vitesse, pas plus qu'elles ne voulaient mourir dans un service des urgences en plein effort de réanimation. Leur idée était, semble-t-il, de mourir tranquillement et c'est effectivement ce qui s'est produit.

[*Texte*]

The number of admissions to hospital—and I do not know how to explain this—increased, but the duration of hospital stay was less than half because there were a lot more deaths. If you look, there was almost double the number of deaths. The year before, these 115 women spent 562 nights in hospital; and the year after, 383. So there was double the number of deaths and 60% of the health care use in hospital.

So we think the implications of that data for the health care system are enormous. That is not the reason we are doing it, but it is certainly a nice spin-off—that the directives seem to cut down health care use, and fairly dramatically.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): Not all homes are ready to keep the patient up to death. Homes do not automatically keep them, they send them to the hospital.

Dr. Molloy: I am really glad you asked that question. If I had my way with the health care system, I would suggest the money we are going to save on this... We are going to save a lot of money if we put these directives in place, and what we need to do is have step-up areas, small infirmaries in nursing homes. If we have a 300-bed nursing home, when that person gets sick we will not transport them out in the ambulance, we will have a little 10-bed infirmary where we will intravenous facilities and antibiotics, and we will be able to keep the people there.

Some of the money that we are going to save here we have to put back in to the nursing homes and change the structure of our health care system.

Doug Rafferty is a friend of mine who runs a home for the aged in the Niagara region. He is a very bright man. I showed him this data and we talked about this. He said that five or six years ago, maybe ten years ago, when somebody died in a nursing home they used to put all the residents into a room, close the door, call the ambulance, rush the person down on a gurney, throw them into the ambulance and swear that the person was alive when they put them in the ambulance. He said there were never any deaths in the nursing home; all the deaths occurred in the ambulances, because you could not let it be said that people died in your nursing home because people would say I am not going there, everybody dies there.

• 1205

There was such a denial of death in our health care system and in our nursing home system that they would never admit that somebody died in a nursing home. Everybody always died in the ambulances on the way to hospital and the residents were never allowed to discuss them, or whatever. It was ridiculous.

[*Traduction*]

Je ne sais pas comment expliquer le fait que le nombre des hospitalisations a augmenté mais la durée moyenne des séjours à l'hôpital a baissé de plus de 50 p. 100, étant donné l'augmentation du nombre des décès. Vous pouvez constater leur quasi doublement du nombre des décès. L'année précédente, ces 115 femmes avaient passé 562 nuits à l'hôpital et, l'année suivante, seulement 383. On constate donc un doublement du nombre des décès et une baisse radicale du nombre de journées d'hospitalisation.

Nous estimons que ces résultats ont une très grande importance sur le plan des soins de santé. Cela n'était pas notre objectif, mais les résultats nous paraissent plutôt heureux étant donné que l'utilisation des directives semble avoir réduit de beaucoup le recours à l'hospitalisation.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Mais toutes les résidences ne sont pas disposées à héberger des pensionnaires jusqu'à leur dernier souffle. Beaucoup de ces foyers ont justement l'habitude de s'en remettre aux hôpitaux.

M. Molloy: Je suis content de vous entendre poser cette question. Si cela dépendait de moi, je proposerais que les économies que cela pourrait entraîner... Si nous adoptons ce système des directives, nous allons économiser beaucoup d'argent et cela nous permettra d'installer dans les maisons de repos de petites infirmeries. Ainsi, dans une maison de repos de 300 lits, on pourrait avoir une petite infirmerie de dix lits permettant d'accueillir les malades. On n'aurait pas à les transporter à l'hôpital puisqu'on pourrait leur administrer des intraveineuses et des antibiotiques.

Une partie des économies réalisées pourrait être versée aux maisons de repos afin de les améliorer. Cela entraînerait une restructuration de notre système de soins de santé.

J'ai un ami, Doug Rafferty, qui gère une maison de repos dans la région de Niagara. C'est un homme intelligent. Je lui ai montré les résultats de nos travaux et nous en avons discuté. D'après lui, il y a cinq ou six ans ou peut-être dix ans, lorsque quelqu'un mourait dans une maison de repos, on réunissait tous les autres résidents dans une pièce, on fermait la porte, on appelait une ambulance, on sortait la personne décédée sur une civière le plus rapidement possible, on la mettait dans l'ambulance et on faisait comme si elle était encore en vie lorsqu'on la plaçait dans l'ambulance. D'après lui, il n'y avait jamais de décès dans les maisons de repos. Tous les décès se produisaient lors du transport à l'hôpital. Ainsi, personne ne pouvait dire que la personne était morte dans la maison de repos et cela rassurait les pensionnaires actuels et futurs.

Il existait, au sein de notre système de soins de santé et dans les maisons de repos, un tel refus devant la mort que l'on ne pouvait admettre le fait que quelqu'un puisse mourir dans une maison de repos. Les gens mouraient dans les ambulances lors du transport à l'hôpital et il ne fallait pas en parler. Tout cela était ridicule.

[*Text*]

We need palliative care programs in our nursing homes. We need to face death. Our society does not face death; our society does not accept death. Beauty treatments and getting rid of wrinkles and plastic surgery are a multi-billion dollar industry because we have not accepted aging or death. That is a big problem we have.

The directives will be very healthy because they will promote that type of conversation in society, at the kitchen table, at home. People will accept the fact that one of these days they are going to die, and have some hand in it.

Mr. Karpoff (Surrey North): I have some questions on your study and the reliability of the data. With respect to one year variation to the next year variation, I have been involved in institutions and you will get fluctuations in that type of data from one year to the other. Have you something to indicate, or a parallel blind study to show that parallel populations—

Dr. Molloy: I will answer your question in a few minutes, but maybe this is an opportune time for Rosalie to talk about it. Clearly this is very preliminary data and clearly we are going to do randomized trials. You came in late, but this is a planned development of this project, and Rosalie will describe the next study and then the next study. That is a very good question. I am saying that this is data that we have developed. I am not sure we can explain it completely. We have no other way of explaining it. There were no changes in that institution that we know of—all the health care staff, the medical director, the director of nursing—there were no changes in policy in that institution during that period. There was double the number of deaths and the amount of health care was decreased, and there was no change in the local hospitals that we know of, so we have no other way of accounting for it.

Clearly a before and after design is a second-rate design. But maybe Rosalie or Virginia would like to talk and then we can come back and I think that will explain what the proposed development is. Rosalie will explain what our next study is.

We have received funding from the seniors independence program to make a videotape that we will use as an educational package to accompany the booklet. We also plan to translate the booklet into French and Italian and some other languages. We are also working with members of the competency clinic in Toronto to develop a competency instrument where we can score competency with an objective measure, so we would be able to assess a person's

[*Translation*]

Il faut créer des programmes de soins palliatifs dans nos maisons de repos. Il faut que nous acceptions l'idée de la mort. Or, notre société n'accepte pas la mort; elle se voile la face. C'est justement parce que nous n'acceptons pas la vieillesse et la mort que l'on consacre, chaque année, des milliards et des milliards de dollars aux soins de beauté et à la chirurgie esthétique qui permettent de faire disparaître les rides. Nous avons là un grave problème.

Les directives auront un effet très salutaire car elles encourageront les gens à parler de la mort. Cela encouragera, chez les gens, une plus grande acceptation de cette fin inévitable et leur permettra, également, de l'assumer en toute autonomie.

M. Karpoff (Surrey-Nord): J'aimerais vous poser quelques questions concernant votre étude et la fiabilité des résultats. Vous avez parler des variations d'une année sur l'autre. Or, je connais un peu les milieux institutionnels et il est clair que, d'une année à l'autre, les résultats vont varier. Avez-vous mené une enquête parallèle vous permettant de démontrer que, dans des circonstances analogues, les gens. . .

M. Molloy: Je répondrai à cette question dans quelques instants mais ce serait peut-être l'occasion de demander à Rosalie de nous parler de cela. Il est bien évident qu'il s'agit ici de résultats préliminaires et qu'il va nous falloir procéder à des études aléatoires. Vous n'étiez pas ici au tout début de la séance, mais je peux vous dire que nous avons prévu de poursuivre les travaux dans le cadre de ce projet et Rosalie va pouvoir nous parler de notre prochaine étude ainsi que de celle d'après. Votre question est tout à fait fondée. Je précise simplement que voici les données dont nous disposons à l'heure actuelle. Je ne suis pas certain de pouvoir les expliquer entièrement mais aucune autre explication ne s'est présentée à nous. Je ne crois pas que d'autres changements soient intervenus au sein de cet établissement—la politique de cet établissement n'a pas changé au cours de la période en cause pas plus que n'ont changé le personnel soignant, le directeur médical et le directeur des soins. Le nombre des décès a doublé et le nombre des journées d'hospitalisation a baissé bien que l'on n'ait constaté aucun changement particulier au sein des hôpitaux locaux. C'est dire que nous n'avons pas d'autres moyens d'expliquer cette variation.

Il est clair qu'une enquête menée, de manière ponctuelle, à deux dates différentes, présente un certain nombre de défauts méthodologiques. Peut-être que Rosalie ou Virginia pourrait nous parler de cela. Ensuite nous pourrons envisager les travaux ultérieurs. Rosalie va vous expliquer l'objet et la méthode de notre prochaine étude.

Le programme d'autonomie des personnes âgées nous a accordé une subvention nous permettant de réaliser un film vidéo qui accompagnera la brochure que nous avons examinée tout à l'heure. Notre intention est de traduire cette brochure en français, en italien et en d'autres langues encore. Nous collaborons à l'heure actuelle avec le personnel d'une clinique spécialisée afin de formuler un document qui nous permettrait de mesurer de manière objective la capacité.

[*Texte*]

competency to complete a directive. If you think about it, competence to complete this directive would be a very specific thing and we think we can measure it. We are developing a competency instrument that we can use to score competency.

Ms Rosalie Capretta (Research Co-ordinator, McMaster University): I am the project co-ordinator for Dr. Molloy's research studies involved with the geriatric research group. We are involved with testing instruments for assessing dementia as well as testing interventions for various treatments of dementia. Various drugs, experimental drugs and nutrition are examples of those interventions.

Most recently we were involved with the development of a new health care directive, which Dr. Molloy has explained to us, and I would like to talk briefly about the study of the new health care directive.

What we would like to do in some ways is to reproduce the Idlewyld data in a very scientific fashion in a real structured way. It is a four-part feasibility study. Number one would be to determine the feasibility and use of the new health care directive. The new directive would be used by competent elderly institutionalized residents and families of incompetent elderly institutionalized residents and health care professions. Number two would of course be health care provider compliance with the health care directive. Do they abide by the wishes indicated on the directive? Number three would be the economic impact of the health care directive on health care utilization and cost, and then the development of two satisfaction instruments, one designed for the patient and one designed for the family to measure satisfaction of their involvement with the intensity and aggressiveness of treatment to the patient.

• 1210

A large portion of the study will be in St. Joseph's Villa, a home for the aged, housing approximately 360 residents. Half would be extended care and half would be residential care. All residents would of course be offered the opportunity to complete the directive, and so would the families of incompetent patients.

Compliance with the directive would be dealt with in a number of ways. The resident's and family's wishes on the directive would be followed by a chart review through the hospitals, through doctors' offices and through the villa. An abstractor would assess the charts to determine the level of care that was provided.

[*Traduction*]

Cela nous permettrait donc de savoir si, dans tel ou tel cas, une personne jouit de toutes ses facultés et qu'elle peut donc, à bon escient, remplir la directive. La capacité nécessaire pour remplir correctement cette directive doit avoir de plus à notre avis, un caractère très spécifique que l'on devrait pouvoir mesurer. Nous allons donc essayer de réaliser un instrument qui nous permettrait d'en juger.

Mme Rosalie Capretta (coordonnatrice de la recherche de l'Université McMaster): Je suis la coordinatrice du projet de recherche mené par le M. Molloy dans le cadre du groupe de recherche en gériatrie. Nous tentons de mettre au point des instruments permettant d'évaluer la démence et nous cherchons également à mettre au point des moyens d'intervention thérapeutique pour les personnes atteintes de démence. Nous étudions divers produits pharmaceutiques et divers modes d'alimentation.

Nous avons récemment contribué à la formulation d'une nouvelle directive en matière de soins de santé. Il s'agit de la directive que M. Molloy vient de nous expliquer et j'aimerais vous parler brièvement des travaux que nous avons effectués dans ce cadre.

Nous aimerions pouvoir reproduire, d'une manière plus rigoureusement scientifique, les résultats des travaux menés à Idlewyld. Il s'agit d'une étude de faisabilité en quatre parties. Il s'agit, en premier lieu, de juger de la faisabilité d'une telle étude et d'étudier l'utilisation de cette nouvelle directive en matière de soins médicaux. La nouvelle directive serait utilisée par des personnes âgées capables mais vivant dans des foyers ou des maisons de repos ainsi que par les familles de personnes âgées incapables et placées dans des établissements spécialisés. La directive sera également adressée à des professionnels de la santé. Dans une deuxième étape, nous étudierons dans quelle mesure le personnel médical respecte les clauses de la directive. Dans quelle mesure ils respectent la volonté consignée dans la directive? Dans une troisième étape nous nous pencherons sur les répercussions économiques de la directive, c'est-à-dire son influence sur les divers moyens thérapeutiques mis en oeuvre ainsi que sur le total des coûts médicaux. Nous tenterons alors de formuler deux textes permettant de juger le niveau de satisfaction; un destiné aux patients et un destiné à leurs familles. Il s'agira de mesurer le niveau de satisfaction par rapport aux soins, insuffisants, satisfaisants ou excessifs, accordés au patient.

Une grande partie de l'étude se fera à la Villa St-Joseph, un foyer pour personnes agées, qui abrite environ 360 pensionnaires. La moitié reçoivent des soins prolongés et l'autre moitié des soins en établissement. Bien entendu, la possibilité de rédiger la directive sera accordée à tous les résidents, ainsi qu'aux familles des malades incapables.

Nous analyserons par divers moyens la façon dont la directive à été respectée. L'analyse des instructions des pensionnaires et de la famille sera suivie d'un examen des dossiers dans les hôpitaux, les cabinets médicaux et la Villa. Un analyste se penchera sur les dossiers pour évaluer le niveau de soins prodigués.

[*Text*]

Again, the economic issue—charts of patients receiving care one year prior to and one year after the implementation of the directive would be reviewed. Through this they would examine the cost of physicians' appointments, drugs, out patients, radiology and laboratory costs.

The development of the satisfaction instruments is targeted for June, the beginning of entry into St. Joseph's Villa. This instrument will be used in the randomized control trial. This instrument we are working on now is the second phase.

Just to give you an example of what is involved, there would be about 250 interviews of patients and relatives of incompetent patients and relatives of competent patients and of course those relatives of patients who have died.

Again this is in preparation for the randomized control trial, which is targeted for 1991-92. We expect to have control—of course three control and three experimental groups—institutions that will be matched for size, level of care, and resident population. That is the run of what we are planning to do in the next little while.

Dr. Molloy: The next study is a feasibility study to develop the satisfaction instruments to develop data related to health care use and compliance, and to test the methodology of measuring compliance. Then, when we have the methodology in place and developed, we can go and do large randomized trials.

The trouble is that this approach is so innovative that there are no instruments available and there is nothing to go by. There is no previous literature on this approach, so we have to develop everything from scratch.

We have been developing a satisfaction instrument for the last six months. We have interviewed, as Rosie said, 250 patients, health care professionals and family members in the item development phase of our satisfaction instrument. Now we will interview another 250 individuals in the item reduction phase, and then we will perform reliability and validity testing with the instrument.

Instrument development is slow and tedious. Really, that is what is slowing us down, developing the instruments to measure what we are doing.

Mr. Halliday (Oxford): Mr. Chairman, may I ask who is paying for it, who is funding it?

Dr. Molloy: We have not received any funding up to this for any of the work you have seen me present. We have now officially received funding from the research branch of the Ontario Ministry of Health for the St. Joseph's Villa feasibility study. We have received $130,000 from the Department of Health and Welfare to assist us with the educational packages for the directive, because one of the most critical things in implementing this type of program

[*Translation*]

Au plan financier—on examinera les dossiers des malades qui ont reçu des soins un an avant et un an après l'entrée en vigueur de la directive. Cela permettra de déterminer le coût des honoraires du médecin, des médicaments, des soins en consultation externe, des services de radiologie et de laboratoire.

Les documents de mesure de la satisfaction seront prêts au mois de juin et pourront commencer à être appliqués à la Villa St-Joseph. Ils serviront à un essai sur des échantillons aléatoires. Nous travaillons actuellement à la deuxième phase de ces documents de mesure.

Pour vous donner une idée du travail que cela implique, nous allons effectuer environ 250 entrevues de malades et de parents de malades incapables et capables et bien entendu, de membres de la famille de malades décédés.

Tous ces travaux sont en préparation de l'essai sur l'échantillon aléatoire qui est prévu pour 1991-1992. Nous espérons trouver des établissements témoins—il y aura bien entendu trois groupes témoins et trois groupes d'essai—choisis en fonction de leur taille, du type de soins offerts et du nombre de pensionnaires. Voilà ce que nous prévoyons faire prochainement.

M. Molloy: Il y aura ensuite une étude de faisabilité destinée à mettre au point les documents de mesure de la satisfaction et à établir les données sur l'utilisation et la conformité des soins et à mettre à l'épreuve la méthode de mesure de la conformité. Par la suite, une fois que la méthode sera déterminées et mise en place, nous pourrons passer aux essais sur des grands échantillons aléatoires.

L'inconvénient de cette méthode si innovatrice, c'est qu'il n'existe pas d'instruments de mesure ni d'autres documents qui pourraient nous servir. Tout est à créer, puisqu'il n'existe aucune documentation sur cette méthode.

Depuis six mois, nous travaillons à la mise au point d'un système de mesure de la satisfaction. Comme l'a dit Rosie, nous avons rencontré 250 patients, professionnels de la santé et parents de malades dans le cadre de la phase d'élaboration des rubriques de notre système de mesure de la satisfaction. Nous allons maintenant rencontrer 250 autres personnes dans le cadre de la phase de réduction de l'échantillon, puis nous exécuterons les essais de fiabilité et de validité.

La mise au point du système est lente et fastidieuse. En fait, notre travail est ralenti par la mise au point des instruments de mesure.

M. Halliday (Oxford): Puis-je savoir, monsieur le président, qui paye, qui finance toutes ces études?

M. Molloy: Nous n'avons reçu aucune aide financière pour les travaux que nous avons effectués jusqu'à présent et dont je vous ai parlé. L'étude de faisabilité réalisée à la Villa St-Joseph sera officiellement financée par la Direction de la recherche du ministère ontarien de la santé. Nous avons reçu 130,000$ du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour la réalisation des brochures d'information concernant la directive. En effet, l'information est un des

[*Texte*]

widely would be the education. If I were a physician who was biased towards intensive care, all of my patients, I guarantee you, would end up requesting intensive care, whereas if I were a physician who was biased towards palliative care, that is where all of my patients would end up.

We have to develop educational packages that are balanced and that are professional. We have currently hired a film-maker of very high standing to make a very good quality video that we will use as an educational package. It is easier for seniors to watch good videos than to read booklets. But our booklet is there as an educational package as well, and hopefully our video will be there as well.

Maybe Virginia would like to say a few words.

• 1215

Ms Virgina Mepham (Individual Presentation): There will be very few, because Dr. Molloy told you things about me and Idlewyld that I did not know. It has been a very rewarding experience working with the residents in Idlewyld in helping them gain more control over their health care and their own lives.

The Chairman: Thank you, Dr. Molloy, for a most interesting presentation. Over the course of the witnesses, this committee has heard some wide-ranging views and some very interesting presentations. Certainly yours brought out some points that perhaps a lot of us had not given a lot of time and consideration to.

Before I move to the questioning, you mentioned that the fear of litigation is driving our health care system. You may have had it in those charts, but is the process as prevalent in Canada as we seem to hear about and see in the United States? Has it been driven according to the range of settlements? They seem to have gone up dramatically over the last 15 or 20 years, I suppose. I do not know whether your charts broke that down, but do you feel that in Canada we are starting to follow that trend that is happening elsewhere?

Dr. Molloy: I think physicians are certainly concerned about litigation. I do not know how you quantify it compared to what it was. I agree that our medical insurance is going up. Maybe that is not such a bad thing. I think there is increased litigation in Canada because physicians are not prepared to police themselves very well, and I think we end up having the legal system policing the health care professionals. There is concern, obviously, about the size of some of these settlements and what it is doing to physicians. I believe a lot of fear of litigation is unrealistic by physicians. But everybody is terrified of being sued. I am. I have never been sued. I have often said that if I am ever sued, I am going to resign from being a physician and go off and become a farmer or something, because it would be so stressful.

[*Traduction*]

aspects les plus importants dans la mise en place de ce type de programme. Si, en tant que médecin, j'étais favorable aux soins intensifs, je peux vous assurer que tous mes malades seraient dirigés vers les soins intensifs, alors que j'aurais plutôt tendance à les diriger vers les soins palliatifs, si j'avais un préjugé favorable envers ce type de soins.

Nous devons élaborer des brochures d'information équilibrées et bien faites. Nous avons l'intention de faire un film vidéo de très bonne qualité pour informer la clientèle et nous allons confier cette tâche à un réalisateur très réputé. Il est plus facile pour les personnes agées de regarder la télévision que de lire des brochures. Nous espérons donc avoir un film vidéo qui complètera notre brochure d'information.

Peut-être que Virginia aimerait rajouter quelques mots.

Ms Virginia Mepham (à titre personnel): Je n'ai pas grand-chose à ajouter, puisque le M. Molloy vous a donné des détails sur moi et sur Idlewyld que j'ignorais moi-même. J'ai beaucoup appris des pensionnaires d'Idlewyld au cours de cette expérience, qui m'a amenée à les aider à mieux contrôler leur santé et leur vie.

Le président: Je vous remercie, docteur Molloy, pour cet exposé des plus intéressants. Notre comité a entendu beaucoup d'opinions différentes et des exposés très intéressants. Votre témoignage a soulevé un certain nombre de points auxquels beaucoup d'entre nous n'avaient peut-être pas songé.

Avant de passer aux questions, j'aimerais revenir à cette crainte des poursuites judiciaires qui, selon vous, est omniprésente dans notre système des soins de santé. Vos diagrammes font peut-être mention de ces poursuites judiciaires, mais sont-elles aussi courantes au Canada qu'elles semblent l'être aux Etats-Unis? Est-ce que leur fréquence varie en fonction du montant des réglements? Je suppose que les poursuites ont beaucoup augmenté depuis 15 ou 20 ans. Je ne sais pas si vos diagrammes vous ont donné des détails à ce sujet mais n'avez-vous pas l'impression que le Canada semble emboîter le pas aux autres pays?

M. Molloy: Je pense que les médecins ont peur des poursuites judiciaires. Je ne sais pas si elles ont augmenté depuis quelques années, mais je sais que nos primes d'assurance sont plus élevées. Ce n'est peut-être pas une mauvaise chose. Je pense que les poursuites judiciaires sont plus nombreuses au Canada parce que les médecins ne sont pas prêts à se discipliner eux-mêmes et que le système judiciaire doit intervenir pour discipliner les professionnels de la santé. On s'inquiète, bien entendu, du montant élevé de certaines des indemnisations accordées par les tribunaux et de leurs conséquences pour les médecins. Je crois qu'une bonne partie des craintes que ressentent les médecins face aux poursuites judiciaires ne sont pas fondées. Mais, tous les médecins ont peur d'être poursuivis. Personnellement, je n'ai jamais été poursuivi, mais j'ai peur. J'ai souvent dit qu'en cas de poursuite, je démissionnerais et j'irais m'installer dans une ferme ou ailleurs, car je ne supporterais pas une situation si stressante.

[*Text*]

The Chairman: Do not do that. I am a farmer, and it is equally as stressful.

Dr. Molloy: But I dread being sued.

The Chairman: I know what you mean.

Dr. Molloy: I often think about it. You get an angry family member, and the first thing that comes to your mind is, my God, I hope they do not sue me. I do not know how realistic that is, especially in geriatrics, but I know physicians are terrified of being sued. A lot of their decisions are basically to cover themselves because of that fear, be it real or not. The big settlements get into the newspapers, and it sends a shudder down your spine. I do not know if that answers your question.

The Chairman: I think it is something we are aware of. I do not know whether it is more prevalent lately. I have talked to other doctors who have indicated, much as you have, that they have a real concern about that. However, we will get into other areas.

Mr. Karpoff: This is an area that fascinates me, as the committe is aware. My own background is working in health care. I have been a consultant in the field for the last number of years, including running a 240-bed long-term care facility through my company and acting as a consultant for a facility that was for profoundly and multiple handicapped children. These were children who five or ten years ago would have died.

In that facility, in the course of two or three years, 11 children died and 23 children died in hospital shortly thereafter. It became a public thing, and finally one of the advocacy associations got a public inquiry and a coroner's inquiry.

• 1220

Nobody seemed to stop and think that when most of these children were born their life expectancy was a matter of weeks. Many of them were a matter of two or three years, and some of them had lived 15 years. But it became a whole major issue of how you dealt with not only the fear of legal litigation but also the question that the community all of a sudden was asking, why are you having all these deaths? The same thing as you mentioned in long-term care facilities: it is better now than it was a few years ago. When I first started in the field, nursing homes used to be very frightened if anybody passed away in the facility.

I am also concerned about the cost implication of unnecessary medical care, not only with the elderly, but with the critically ill and injured. I have asked other people, and I have had figures indicating that as much as 80% of our health care dollars are being spent on people who die within six weeks. I wonder if you have any estimations of the acute care, critical care hospital dollars that are actually being spent on people who die within six weeks, either the people who

[*Translation*]

Le président: Ne faites pas cela, le métier d'agriculteur est tout aussi stressant. Je parle en connaissance de cause.

M. Molloy: Les poursuites judiciaires me font vraiment peur.

Le président: Je vous comprends.

M. Molloy: J'y pense souvent. Quand un membre de la famille d'un malade vient me voir pour se plaindre, je pense immédiatement qu'il pourrait intenter des poursuites judiciaires. Je ne sais pas si toutes ces craintes sont fondées, surtout en gériatrie, mais je sais que les médecins ont vraiment peur des poursuites judiciaires. A cause de cette crainte, justifiée ou non, bon nombre des décisions qu'ils prennent servent à les protéger. Les médecins ont froid dans le dos quand ils prennent connaissance, dans les journaux, des montants énormes accordés à des plaignants par les tribunaux. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Le président: Nous savons que les poursuites judiciaires contre les médecins sont possibles, mais je ne sais pas si elles sont plus nombreuses depuis quelque temps. J'en ai parlé à d'autres médecins qui m'ont déclaré, tout comme vous, que ce genre de chose les préoccupait beaucoup. Nous allons maintenant passer à un autre sujet.

M. Karpoff: C'est un domaine qui me fascine, comme les membres du comité ont pu s'en rendre compte. Je travaille dans le domaine de la santé à titre d'expert-conseil depuis plusieurs années et ma société s'occupe, entre autres, de la gestion d'un établissement de soins prolongés de 240 lits. J'ai agi également à titre d'expert-conseil pour un établissement accueillant des enfants souffrant de handicaps profonds et multiples. Il y a cinq ou dix ans, ces enfants seraient morts.

En deux ou trois ans, 11 enfants sont morts dans l'établissement et 23 autres sont morts quelque temps après leur hospitalisation. L'opinion publique s'en est émue et finalement une des associations de défense a obtenu une enquête publique et une enquête de coroner.

Personne ne semblait se rendre compte que la plupart de ces enfants n'avaient une espérance de vie que de quelques semaines. Beaucoup avaient deux ou trois ans et certains avaient vécu jusqu'à 15 ans. Mais, tout à coup, l'affaire a pris énormément d'importance et il a fallu faire face à la crainte des poursuites judiciaires ainsi qu'aux questions de la communauté qui nous demandait la raison de tous ces décès. La situation était la même que celle que vous avez évoquée au sujet des établissements de soins prolongés: elle s'est améliorée depuis quelques années. Quand j'ai commencé dans le domaine, les foyers pour personnes âgées craignaient plus que tout la mort de d'un de leurs pensionnaires.

Je me pose également des questions sur le coût des soins médicaux inutiles dispensés aux personnes âgées et également aux malades et aux blessés qui n'ont aucune chance d'être sauvés. J'en ai parlé à d'autres personnes et les chiffres que j'ai obtenus révèlent que 80 p. 100 des dépenses dans le secteur des soins de santé sont consacrés à des personnes qui meurent dans les six semaines qui suivent. Je me demande si vous avez des estimations des dépenses consacrées par les

[*Texte*]

are elderly and we prolong their life not in any quality, or people who are critically ill or injured. We often keep people we know are going to die alive for six or eight weeks, partially motivated by the litigation, partially by family. Do you have any more information as to the total costs in our health care system?

Dr. Molloy: I do not have the cost at my fingertips, but it is significant. I agree with you completely: a lot of these costs are unnecessary.

However, if we are going to implement health care directives such as these, I do not think this is the model we all have to use. My first statement was that we looked at the philosophical question of what happens when you give the control to the consumer versus the paternalistic health care system where the health care professional knows better and makes the decision for you.

If we are going to give control to the consumer, as we are suggesting we should do, especially in these types of circumstances, then we will need widespread programs; we will need widespread educational programs of the general public, the institutionalized elderly, and health care professionals. You cannot just put these directives into nursing homes and when they come to emergency departments the doctors do not know what they are. We have to educate everybody. It has to be a widespread network of education. It has to be national programs. The time is ripe to do it.

I also think our legislation has responsibility both in an educative capacity and also in a leadership role to set the example. We should be looking at legislation. I know that Manitoba and Ontario are, but the federal government should think, too, about legislation to pass health care directives either in a power of attorney sort of format... Our directive has both. It has a health care directive which specifically states options, and it also has the power of attorney for health care because you nominate your advocate. It does both, so we are happy with that because we think we have covered all the bases there. But I think we need to pass legislation.

We are developing implementation manuals, education packages, and we hope we will be ready in maybe three or four years to say to the government, look, here is everything, take it and use it widely. We think we need funding for this type of research now, and we need it quickly. We would like to see some more funding, because we have received only $100,000 for this study in St. Joseph's, which was two-thirds of what we requested. We had to cut back considerably on our protocol. We have received $130,000 from Health and Welfare, which is great because that helps us to get going.

[*Traduction*]

hôpitaux aux malades souffrant de maladies aiguës qui meurent dans les six semaines qui suivent les soins prodigués, que ce soit des personnes âgées ou des personnes gravement malades ou blessées, les soins servent parfois uniquement à prolonger leur existence sans vraiment améliorer leur qualité de vie. Nous gardons souvent en vie des personnes dont nous savons pertinemment que l'espérance de vie n'est que de six ou huit semaines, en partie parce que nous avons peur des poursuites judiciaires et en partie à la demande de la famille. Savez-vous le coût total que cela représente pour notre régime de soins de santé?

M. Molloy: Je ne connais pas les chiffres par coeur, mais ces coûts sont élevés. Je suis tout à fait d'accord avec vous quand vous dites que bon nombre de ces dépenses sont inutiles.

Toutefois, je ne pense pas que nous devons nous inspirer de ce modèle si nous voulons mettre en place des directives semblables à celles que j'ai présentées. J'ai commencé par préciser qu'il était important de nous interroger sur ce qui se produira si nous laissons le patient décider plutôt que de le prendre en charge dans un système de santé paternaliste où des spécialistes mieux informés prennent des décisions pour lui.

Si nous voulons donner plus de contrôle au patient, comme nous le proposons, surtout dans ce genre de circonstances, nous devrons mettre en place d'importants programmes destinés à informer le grand public, les personnes âgées en foyer d'accueil et les professionnels de la santé. Il n'est pas possible de mettre en place ces directives dans les foyers pour personnes âgées sans en parler aux médecins qui seront éventuellement amenés à soigner ces personnes s'il leur arrive d'être hospitalisées. Le moment est venu de mettre en place de vastes programmes nationaux d'information.

Je suis convaincu également que la loi doit donner l'exemple pour informer la population et servir de modèle. Il faudrait adopter une loi à ce sujet. Je sais que le Manitoba et l'Ontario l'ont fait, mais le gouvernement fédéral devra également envisager d'adopter une loi entérinant des directives prévoyant les procurations... Notre directive contient les deux. Il y a une directive qui expose spécifiquement les différentes options et une autre qui donne une procuration à une autre personne qui est habilitée par le malade à prendre des décisions pour lui en matière de soins. Notre directive nous paraît complète, étant donné qu'elle prévoit les deux formules. Cependant, je pense qu'il faudrait adopter une loi.

Nous travaillons actuellement à l'élaboration de guides d'application, de brochures d'information et nous espérons être prêts, dans trois ou quatre ans, à remettre le tout au gouvernement afin qu'il se charge de les diffuser et de les utiliser à grande échelle dans le pays. Nous estimons que nous avons besoin très rapidement de fonds pour poursuivre ce genre de recherche. Nous souhaitons recevoir d'autres subventions, car nous n'avons reçu que 100,000$ pour cette étude à St-Joseph, soit les deux tiers de ce que nous avions demandé. Nous avons dû réduire considérablement notre protocole d'enquête. Heureusement, les 130,000$ que nous avons reçus de Santé et Bien-être social nous permettent de poursuivre.

[*Text*]

Mr. Halliday: What did you request?

Dr. Molloy: We requested $130,000 from the Seniors Independence Program.

Mr. Halliday: So you got what you requested.

Dr. Molloy: Yes, we got what we requested, and we were very happy about that. That really helps us, but we need some more funding now for the larger studies and to train more staff and to get going. We have some collaborators in different countries who are hopefully running parallel studies. They are looking at their health care systems. We certainly have a collaborator in Sweden who is translating a booklet and doing studies, and a collaborator in Australia who is trying to run similar studies.

So we would like to get more funding, but we have to increase public awareness. As a matter of fact, in Ontario we printed the book that let me decide last December. We printed 5,000 copies and thought it would do us for a couple of years, but in fact we got rid of 5,000 copies by June. So this is a Canadian best-seller. We have now printed 10,000 copies and the mail just keeps flooding in. We do not know how to handle it any more. We have actually stopped giving out the booklets in Ontario because we just cannot deal with it. The demand is horrendous. We are selling them for $2 each—we have to sell them for $2 to cover our costs—but we still cannot deal with the demand. There are demands for speakers, demands for everything. I feel totally overwhelmed by all of this.

• 1225

This is not my area of research. I am a researcher in dementia and dysfunctional behaviour. This sort of started off and now it has arms and legs and wings and heads and tails. It is becoming bigger and bigger. We are working with the government to implement this type of system, but I think we need to move quickly on this one. I think you can see this is the approach we need.

Your point is very well taken. In Idlewyld, as a matter of fact, the medical director was getting very worried because the coroner was snooping around. It gets in the newspapers—everybody has a problem. It is a concern.

It has to come through education in medical schools, in nursing schools, in the general public. It has to be discussed on TV. We need to do a whole awareness of this type of approach to health care. It is not going to be simple. We are actually afraid to give out the directives because they are not legal in Canada right now.

The Ambulance Act says that if a paramedic is called to the scene of an accident or called to a person, they have to perform resuscitation unless the person is trans-sected or actually in a state of decay. So even if you have a directive that says do not resuscitate, it is not legal in Canada. A paramedic will still resuscitate you. This is a problem for all our palliative care programs in Canada now. They cannot use the ambulance system. If they call the ambulance, they will be

[*Translation*]

M. Halliday: Combien aviez-vous demandé?

M. Molloy: Nous avions demandé 130,000$ au Programme d'aide à l'autonomie des aîné(e)s.

M. Halliday: Vous avez donc obtenu tout ce que vous aviez demandé.

M. Molloy: Oui, nous avons obtenu la somme que nous avions demandée et nous en étions très heureux. Ces fonds nous sont vraiment utiles, mais nous avons besoin de crédits supplémentaires pour les autres études, pour former d'autres personnes et pour poursuivre la recherche. Nous avons, dans différents pays, des collaborateurs qui poursuivent des études parallèles. Ils examinent leurs propres systèmes de soins de santé. Nous avons un collaborateur en Suède qui traduit une brochure et effectue d'autres études et un collaborateur en Australie qui essaie de faire des recherches analogues.

Nous souhaitons obtenir des fonds supplémentaires, mais nous devons sensibiliser davantage le public. D'ailleurs, nous avons publié en Ontario le livre qui m'a permis de prendre une décision en décembre dernier. Nous avions imprimé 5,000 exemplaires et nous pensions en avoir assez pour quelques années. Or, dès le mois de juin, les 5,000 exemplaires étaient épuisés. Notre brochure est devenue un best-seller au Canada. Nous en avons fait imprimer 10,000 exemplaires et nous sommes submergés de commandes. Nous ne savons pas comment faire face à la situation. Nous avons d'ailleurs cessé de distribuer nos brochures en Ontario parce que nous ne pouvons gérer les commandes. La demande est énorme. Nous vendons chaque brochure 2$—pour couvrir nos coûts de production—mais, malgré tout, nous ne pouvons faire face à la demande. On nous réclame des conférenciers, on nous demande toutes sortes de choses. Je suis totalement dépassé par le succès de cette entreprise.

Ce n'est pas du tout mon domaine de recherche. Je suis spécialisé dans la démence et dans le comportement disfonctionnel. Cette entreprise a pris une ampleur démesurée. Nous négocions avec le gouvernement pour qu'il mette en place ce genre de système, mais je crois que nous devons agir rapidement. Je pense que vous avez compris que nous devons agir de cette manière.

Je comprends très bien ce que vous voulez dire. A Idlewyld, justement, le responsable des services médicaux s'inquiétait des visites du coroner. C'est un véritable problème quand la presse s'empare d'une affaire.

Il faut diffuser l'information dans les écoles de médecine, les écoles de sciences infirmières et dans le grand public. Il faut en parler à la télévision. Il faut discuter ouvertement de cette approche des soins de santé. Mais, ce ne sera pas simple. Nous hésitons d'ailleurs à diffuser nos directives, car, pour le moment, elles ne sont pas légales au Canada.

La Loi sur les services d'ambulance exige que les techniciens médicaux d'urgence, appelés sur les lieux d'un accident ou par un malade, exécutent la procédure de réanimation, sauf si le blessé est démembré ou s'il se trouve dans un état de détérioration grave. Par conséquent, même si nous avons une directive nous demandant de ne pas procéder à la réanimation, elle n'est pas légale au Canada. Un technicien médical d'urgence procédera malgré tout à la

[*Texte*]

resuscitated, even people who are dying with cancer, who are being admitted to hospital for terminal care. So our legal system is in conflict with the directives. We do not want to let the directives into the health care system at the moment because they cause so much conflict.

One way to drive the health care system is to put pressure on it, but I do not think that is a fair way to operate. We would prefer to work through the systems properly.

Mr. Karpoff: With regard to this question of litigation, one of my concerns is that insurance companies seem to be promoting the fear. In my own profession—I am a social worker by training—there has never been a case of a social worker being successfully sued for malpractice. Yet one of the insurance companies, through our professional association, has been promoting malpractice insurance. This has scared people and now everybody carries malpractice insurance. They actually promoted this by saying you might be sued, and they give big figures. How much of the fear that doctors have is based on promotion by television from the States and promotion by the insurance industry? How many doctors do you know who have been sued for letting an elderly patient die?

Dr. Molloy: Never. It has never happened. There has never been a court case that we know of where somebody was sued for undertreatment. Most of the court cases have been for over-treatment. A family has never sued a physician because the patient was under-treated. All of the cases have been where the family has wanted to stop treatment.

Mrs. Clancy: I have a point of order, Mr. Chairman. The cases that are reported are those that get to court and of necessity are decided upon. There are cases of under-treatment, which have never reached the court point, that have been settled. The Canadian Medical Protective Association, which is the insuring body for doctors, as you are well aware, is under orders from the CMA and from the various medical associations to defend absolutely everything. That is the bottom line of the Canadian Medical Protective defence. So there are many, many cases which would carry on for quite some time without ever coming before the courts. So the fear factor is not by any means limited.

I am sure, Dr. Molloy, from your own point of view, you are not as scared by television as you are by actuality. Many doctors get dragged into litigation that may not end up in a court, but this does not make it any less stressful over the two-to three-to four-to even five-year period that they are in negotiations.

[*Traduction*]

réanimation. Actuellement, c'est un problème pour tous nos programmes de soins palliatifs au Canada. Ils ne peuvent pas faire appel aux services d'ambulance. S'ils appellent les ambulanciers, ceux-ci pratiqueront la réanimation sur le patient, même s'il s'agit d'un cancéreux en phase terminale. Par conséquent, les directives ne sont pas conformes à la loi. Pour le moment, les directives sont source de tant de conflits que nous ne voulons pas les diffuser dans les établissements de santé.

On pourrait exercer des pressions sur le système de soins de santé afin de le faire évoluer, mais je ne crois pas que cela sera une bonne façon de procéder. Nous préférons faire les choses comme il convient.

M. Karpoff: En ce qui a trait aux poursuites judiciaires, j'ai bien l'impression que les compagnies d'assurance encouragent la peur. Dans ma profession—je suis travailleur social de formation—personne n'a jamais été condamné pour faute professionnelle. Pourtant, une compagnie d'assurance fait actuellement de la publicité, par l'intermédiaire de notre association, pour une assurance contre les fautes professionnelles. Les gens ont été effrayés et maintenant tous les travailleurs sociaux s'achètent des assurances. Les compagnies d'assurance ont fait peur aux gens en brandissant des chiffres énormes et en leur disant qu'ils pouvaient être poursuivis. Dans quelle mesure la peur de poursuites judiciaires chez les médecins est-elle suscitée par la télévision américaine et par les compagnies d'assurance? Connaissez-vous beaucoup de médecins qui ont été poursuivis pour avoir laissé mourir une personne âgée?

M. Molloy: Je n'en connais aucun. Ce n'est jamais arrivé. Aucun médecin n'a été poursuivi pour n'avoir pas donné suffisamment de soins à un malade. La plupart des actions en justice se rapportent à des malades dont le traitement est prolongé trop longtemps. Jamais la famille d'un malade n'a accusé un médecin d'avoir arrêté trop tôt un traitement. Dans tous les cas, la famille veut mettre un terme au traitement.

Mme Clancy: Rappel au Réglement, monsieur le président. Les cas qui sont signalés sont ceux qui font l'objet de poursuites et qui doivent être tranchés par le tribunal. Il y a également des cas où la famille conteste l'interruption du traitement, mais ces contentieux n'ont jamais été soumis au tribunal, ils ont été réglés à l'amiable. L'Association médicale canadienne et les autres associations médicales ont demandé à l'Association canadienne de protection médicale qui est, comme vous le savez, la compagnie d'assurance des médecins, de protéger les médecins contre tous les risques. Tel est le mandat de l'Association canadienne de protection médicale. Par conséquent, il y a énormément d'affaires qui traînent longtemps avant de passer devant les tribunaux. L'élément de crainte n'est donc absolument pas limité.

Je suis certaine, docteur Molloy, que vous avez moins peur de la télévision que de l'actualité. Beaucoup de médecins font l'objet de poursuites qui n'aboutissent pas au tribunal mais qui n'en sont pas moins épuisantes lorsque les négociations durent deux, trois, quatre ou cinq ans.

[*Text*]

• 1230

Ms Greene (Don Valley North): Look at the child abuse inquiries, for example, of professionals who have been attacked because they have not noticed child abuse or have done nothing, and so on.

Mr. Karpoff: There has not been a successful case. What I am saying is that there is a whole industry promoting fear.

Mrs. Clancy: Yes, and you have been sitting in a lawyer's office for four years.

Dr. Molloy: There is literature on the fear of litigation and how real that fear is. That is not my area of expertise, I must say. I am sure it is real. I know the fear is real; I have it.

Mr. Halliday: But the CMPA does not promote this fear at all.

Mrs. Clancy: Oh, no, no.

Mr. Halliday: I think Jim is suggesting that the insurance industry is promoting it. But for physicians, that is a co-operative, non-profit—

Mrs. Clancy: The same for lawyers.

Mr. Halliday: We do not have that problem as physicians. It is available through commercial companies, but very, very little of it is sold.

Mrs. Clancy: The Canadian Bar Review has published a number of articles over the last five to six years about the steady increase in medical legal litigation over the past 20 years. Twenty years ago lawyers were loath to take cases like this. Doctors were loath to testify against their colleagues. Both of those situations have changed. We have not increased in leaps and bounds as the Americans have. We have never been as litigious as the Brits are, but we are getting there. It is increasing. I have at least five classmates in different areas of this country who practise nothing but medical-legal, nothing.

Dr. Molloy: I should not be doing this because it is a Commons committee, but a friend of mine, an orthopaedic surgeon, was complaining to me recently. He pays $50,000 insurance. That is a lot of money.

Mrs. Clancy: Surgeons pay the highest rates of all.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Docteur Molloy, ce que vous nous avez dit ce matin est plus qu'intéressant. Quand on avance en âge, comme c'est mon cas, on est sans doute encore plus intéressé. Ce que vous dites répond à un besoin, à une demande de la population. Chez moi, au Québec, j'entends presque tous les jours des amis de tout âge dire: Quand je me sentirai moins bien, je souhaiterai en finir au plus vite. Il y a de la résistance ailleurs et vous en avez parlé. Il y a de la résistance de la part des médecins parce qu'ils craignent les poursuites. Vous souhaitez qu'il y ait une certaine loi.

Les juridictions provinciale et fédérale sont toutes deux impliquées dans l'administration des soins de santé. Est-ce que ce serait aux provinces à légiférer à cet égard? Quel genre de loi voyez-vous? Qu'est-ce qui ferait en sorte que

[*Translation*]

Mme Greene (Don Valley—Nord): Prenez l'exemple des enquêtes sur l'exploitation des enfants: des professionnels ont été attaqués parce qu'ils ne s'étaient pas rendu compte de l'exploitation d'enfants ou n'avaient pas agi, etc.

M. Karpoff: Les poursuites n'ont rien donné. J'ai dit qu'il y a toute une industrie qui incite à la crainte.

Mme Clancy: Oui, et vous appartenez à un cabinet d'avocats depuis quatre ans.

M. Molloy: Il existe des articles sur la crainte des poursuites et sur l'importance de cette crainte. Je ne suis pas un expert dans ce domaine, mais je suis certain que les craintes existent. Je sais que la crainte est véritable; j'ai peur moi-même

M. Halliday: Mais l'Association canadienne de la protection médicale n'encourage pas du tout cette crainte.

Mme Clancy: Oh non, non.

M. Halliday: Je crois que Jim laisse entendre que l'industrie des assurances incite à la peur. Mais pour les médecins, c'est une coopérative, à but non lucratif. . .

Mme Clancy: De même que pour les avocats.

M. Halliday: Nous n'avons pas le même problème que les médecins. On peut souscrire une assurance commerciale, mais les entreprises en vendent très très peu.

Mme Clancy: Depuis cinq ou six ans, le *Canadian Bar Review* a publié un certain nombre d'articles au sujet de l'augmentation progressive des poursuites médico-légales depuis 20 ans. Il y a 20 ans, les avocats hésitaient à prendre ce genre de cas. Les médecins répugnaient à témoigner contre leurs collègues. Tout cela a changé. Les cas n'ont pas monté en flèche comme aux États-Unis. Nous n'avons jamais entamé le même nombre de poursuites que les Britanniques mais nous y venons. Leur nombre augmente. J'ai au moins cinq compagnons de classe de différentes parties du Canada qui ne s'occupent que de causes médico-légales.

M. Molloy: Je ne devrais pas dire ceci devant un comité de la Chambre, mais un de mes amis, un chirurgien orthopédiste, se plaignait à moi récemment de ce qu'il payait 50,000$ en assurance. C'est beaucoup d'argent.

Mme Clancy: Les chirurgiens paient les tarifs les plus élevés.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): M. Molloy, your testimony this morning has been most interesting. As we get older, as is my case, we are no doubt more interested. What you are talking about meets a need and a demand in the population. In my province of Quebec, I hear friends of every age say almost daily: When I am no longer feeling well, I would like to end it as quickly as possible. There is resistance to this and you have spoken of it. Physicians are reluctant because they are afraid of being sued. You would like to see some kind of law.

The provincial and federal jurisdictions are both involved in the administration of health care. Would it be up to the provinces to legislate in this regard? What type of law do you see? What would enable you to promote this system so that

[*Texte*]

vous pourriez faire la promotion de ce système et que vous ne seriez pas assujetti à des règles existantes en vertu de la Loi sur la santé nationale ou de l'application de cette loi dans les provinces? Qu'est-ce qui vous cause des difficultés en ce moment? Comment faudrait-il aplanir ces difficultés?

• 1235

Dr. Molloy: I believe there is legislation planned in Manitoba. The Manitoba Law Reform Commission have produced an excellent review on this area of care directives, and in many ways Manitoba is far ahead of the other provinces in the care of the elderly and some of their health care projects. I believe they are getting ready for legislation.

I believe Ontario will be passing legislation next spring. I have not seen it, but I believe there are three pieces of legislation coming and they deal with power of attorney for health care. We will have to pass legislation. You are asking the wrong person if you are asking me whether it should provincial or federal. I do not understand that. I do not understand how it works very well, so I cannot answer you who should do it.

But I think the government will have responsibilities to educate the public through TV networks and radio, and promote that type of general public discussion. We will also have an obligation to provide many different ways that people can do this. We are working on a French translation for *Let Me Decide*. We are also working on an Italian version and, hopefully, a lot of other languages, but it will be up to the government to develop good educational packages in many different formats, whether it is video tapes or audio tapes, that will be available in public libraries and just generally available for people to make these decisions.

Mme Bertrand: L'éducation est une chose, mais la loi en est une autre. En ce moment, est-ce qu'il y a des entraves dans la loi qui vous posent des difficultés? Est-ce que le Code criminel vous nuit?

Dr. Molloy: At present the Criminal Code is at odds with the Charter of Rights and Freedoms in Canada. The Canadian Criminal Act Code says that physicians who participate in somebody dying could potentially... A physician who withdraws a health care respirator in Canada under the Crminal Code could—are you a lawyer?

Mme Bertrand: Yes.

Dr. Molloy: —potentially be sued for murder.

Mrs. Clancy: Could be charged.

Dr. Molloy: Could be charged with murder.

Mrs. Clancy: It is possible.

Dr. Molloy: It is possible, given the legislation, the way it is phrased. That is in conflict with the Charter of Rights and Freedoms which clearly states that the individual has the right over their own body. There is a conflict in Canadian law at the moment between the Criminal Code and the Charter of Rights and Freedoms. The Charter of Rights and Freedoms has not been tested in this area. I would not like to see us wait far the common law in the courts to establish

[*Traduction*]

you would not be subject to the existing rules under the *Canada Health Act* and its application in the provinces? What is causing the problems at the moment? How could these difficulties be resolved?

M. Molloy: Je crois que l'on prépare une loi au Manitoba. La Commission manitobaine de réforme du droit a publié une excellente étude sur les directives en matière de soins, et le Manitoba a une longueur d'avance sur les autres provinces en de nombreux domaines dont les soins accordés aux personnes âgées et certains de leurs projets de soins de santé. Je crois que la province est prête à adopter une loi.

Je crois que l'Ontario adoptera une loi au printemps prochain. Je ne l'ai pas vue, mais je pense qu'il y aura trois pertes de loi prévus qui traitent de la procuration pour les soins de santé. Il va nous falloir adopter une loi. Vous ne vous adressez pas à la bonne personne vous voulez savoir si cela devrait être au niveau provincial ou fédéral. Je ne sais pas très bien comment le système fonctionne et je ne peux donc pas dire à quel niveau se situent les responsabilités.

Mais je crois que le gouvernement aura à sensibiliser le public à la télévision et à la radio et à encourager ce genre de débat public. Il nous faudra également trouver les moyens de le faire. À l'heure actuelle, nous préparons une traduction française de *Let Me Decide*. Nous travaillons aussi à une version italienne et, j'espère, en d'autres langues. Mais il incombera au gouvernement de préparer des programmes d'information dans divers formats, que ce soit des cassettes vidéo ou audio, que l'on pourra trouver dans les bibliothèques et ailleurs, pour que les gens puissent prendre ce genre de décision.

Mrs. Bertrand: Education is one thing, but the law is another. At the moment, are there impediments in the law that make things difficult for you? Is the Criminal Code hurting you?

M. Molloy: À l'heure actuelle, le Code criminel va à l'encontre de la Charte des droits et libertés. Le Code criminel stipule qu'un médecin qui participe à la mort de quelqu'un pourrait éventuellement... Un médecin qui débranche un respirateur au Canada, en vertu du Code criminel pourrait—est-ce que vous êtes avocate?

Mme Bertrand: Oui.

M. Molloy: Éventuellement être poursuivi pour meurtre.

Mme Clancy: Pourrait être accusé.

M. Molloy: Pourrait être accusé de meurtre.

Mme Clancy: C'est possible.

M. Molloy: C'est possible, étant donné le libellé de la législation qui est en conflit avec la Charte des droits et libertés, qui établit clairement qu'un individu a le droit de disposer de son propre corps. Il y a opposition à l'heure actuelle dans le droit canadien entre le Code criminel et la Charte des droits et libertés. La Charte n'a pas été mise à l'épreuve à cet égard. Je ne voudrais pas que l'on attende que la Common Law établisse la jurisprudence dans les

[*Text*]

precedents by having court cases, like they do in American law. They wait for court cases. That is how they establish the precedence.

I think we should make it very clear in legislation, whether it is provincial or federal—and here the legislation has an educative role for the general public—stating that if you complete one of these directives, and you talk to a family member, and you go to your doctor, and you put that on your chart in the hospital, the doctor has the obligation to follow it.

We are not talking about euthanasia here; we are talking about levels of care. The least level of care is a palliative level, which I think is acceptable to everybody. I think the legislation—I do not know whether it is provincial or federal—has an obligation to make that clear (a) to protect the general public that if they do complete them they will be followed and (b) to protect the physician who follows it so the family cannot come back later, or whatever, or there is some unfounded fear by the physicians that they will be penalized in a court. That is not clear right now in Canadian law. The use of directives is not clear. The only common law case we have is Malette versus Schulman.

Mme Bertrand: Il serait intéressant que, dans vos études et dans la poursuite de votre travail, vous puissiez consulter un avocat pour savoir exactement quelle disposition de la loi provinciale ou fédérale il faudrait modifier. Le Code criminel relève de nous, et il faudrait y apporter un amendement. Si le public devient très averti, il pourra exercer certaines pressions qui pourront être utiles. Il serait important de voir tout de suite s'il n'y a pas, ailleurs que dans le Code criminel, quelque chose qui pourrait vous arrêter.

Dr. Molloy: I presented this to the Canadian Bar Association in Toronto last Friday and they were very supportive. They thought it was an excellent idea. But the problem, as I said, is this conflict. As a result, the physicians are not clear. These are very new, these types of directives in our system; the whole idea is new. Physicians are very conservative, naturally, and they are just a little reticent to obey these. They do not know whether they should be obeying them or not. But I think we have to make it clear to them that they can obey them and they will not be sued. It is not clear to physicians. The problem is that they are so new that physicians do not know what they should be doing with them.

• 1240

Mme Bertrand: C'est ce qu'on appelle un testament biologique, n'est-ce pas? Au Québec, on parle beaucoup du testament biologique actuellement. On incite les gens à écrire eux-mêmes leur volonté. On en parle beaucoup. Parlez-vous du testament biologique?

Dr. Molloy: No. Living wills are bad documents. They are general statements, which I showed you, that said: if the time ever comes when I have no chance of meaningful recovery, then I direct that no heroic measures be used. It is a very negative statement, first of all. Living wills are only for people who want care withdrawn. There is no positive statement in a living will.

[*Translation*]

tribunaux, comme cela se passe aux États-Unis où on attend que les causes portées devant les tribunaux établissent les précédents.

Je crois que la loi devrait énoncer clairement, au niveau provincial ou fédéral—et à cet égard, la loi a un rôle d'information auprès du grand public—que si vous remplissez une de ces directives, et que vous en parlez à un membre de votre famille et à votre médecin et que vous le faites inscrire dans votre dossier à l'hôpital, le médecin est obligé de les suivre.

Il ne s'agit pas d'euthanasie; nous parlons des niveaux de soins. Le niveau minimum constitue les soins palliatifs, ce qui, je crois, est tout à fait acceptable. Je crois que la loi—et j'ignore si ce sera provincial ou fédéral—doit énoncer cela clairement a) pour protéger la population, les directives qui sont remplies seront respectées et b) pour protéger les médecins qui les appliquent contre des plaintes éventuelles de la famille ou autre ou qui craignent sans raison de se retrouver devant les tribunaux. Le droit canadien n'est pas très clair à ce sujet à l'heure actuelle. L'utilisation des directives n'est pas claire. La jurisprudence est limitée au seul cas de Malette contre Schulman.

Mrs. Bertrand: It would be interesting if in the course of your studies or your work, you could consult a lawyer to know exactly what provisions in provincial or federal law should be changed. We are responsible for the Criminal Code, and it will have to be amended. If the public becomes very aware of this issue, it might bring useful pressure to bear. It would be important to know right away if there is anything other than the Criminal Code that might stop you.

M. Molloy: J'ai présenté ce projet à l'Association du barreau canadien à Toronto vendredi dernier, et les membres y ont été très favorables. Ils ont trouvé l'idée excellente. Mais comme je l'ai dit, le problème réside dans ce conflit. Les médecins ne sont pas sûrs d'eux. C'est très nouveau, ce type de directives dans notre système; toute cette idée est nouvelle. Les médecins sont très conservateurs naturellement, et ils hésitent un peu à les respecter. Ils ne savent pas s'ils doivent les respecter ou non. Mais je crois qu'il faudra leur faire comprendre qu'ils peuvent les respecter sans se faire poursuivre. Les médecins n'en sont pas sûrs. Ces directives sont tellement nouvelles que les médecins ne savent pas comment s'y prendre.

Mrs. Bertrand: This is what is called a living will, is it not? In Quebec, there is a lot of talk at the moment about living wills. People are encouraged to write their wishes out. There is a lot of talk about this. Are you speaking about living wills?

M. Molloy: Non. Les testaments biologiques sont de mauvais documents. Ce sont des déclarations générales, que je vous ai montrées, disant que: Au cas où je n'ai plus aucune possibilité de guérir, je demande que l'on utilise aucune intervention exceptionnelle. D'abord, il s'agit d'une déclaration très négative. Le testament biologique sert uniquement à ceux qui veulent annuler la prestation de soins. Il ne contient aucune déclaration positive.

[*Texte*]

In our directive we cover life-threatening illness, feeding, and cardiac arrest, and it can be a very positive statement. It can say: I want everything done.

I failed to point out to you that in our directive we have what we call a personal statement. If you open the middle of the book—and I am sorry it is not in French, but we are working on a translation—if you turn over the page, you will see a personal statement on the back of that directive. The personal statement said: I would consider an irreversible illness to be any illness... What we are doing there is encouraging the person to define what they would consider to be their irreversible illness. Usually what people will say is, if I cannot communicate, I cannot feed myself, and I cannot walk and I am confined to bed, then I would consider that to be irreversible. We encourage people to define irreversible illness in very basic terms, not to say, if I ever got Alzheimer's or cancer, but to define it in basic terms, in terms of quality of life, of living.

So this is a very specific statement that is very comprehensive that is written in medical terminology. Because it is written in medical terminology, it has a major advantage, and that is that physicians can interpret it very clearly. But the major disadvantage is that you must educate the consumer up front so the consumer understands these terms. That is where it has the advantage over the living will. The living will is a standard statement, but from a physician's perspective, trying to interpret it, it is a nightmare, whereas this statement is very clear for a physician. There is no question he can interpret it very clearly, but the consumer must learn up front.

Teaching the consumer about these choices is a very good thing, because it enables the consumer and it increases the consumer's autonomy and that is what we need to do in our health care system.

Mrs. Clancy: I thank you very much for your presentation. I do not know whether it is because my name is Clancy, Dr. Molloy, but I could listen to you talk all day.

A couple of things I wanted to ask you about. In the directive, I am looking under "Support" and it says, "Intravenous line started only if it improves comfort; for example, dehydration". I recall a situation I was involved with about 15 years ago. It was an elderly woman in a nursing home. She had had several strokes and the question for the family became that if she had to be fed intravenously then she would have to be moved to an acute care hospital because no one was willing to let her die of dehydration, effectively. Indeed, as it turned out she was able to be fed in the normal way, but it would seem to me that doctors might have difficulty accepting a directive that would say "No intravenous".

Dr. Molloy: The supportive basically says that everything will be done to keep you comfortable. For instance, if you requested supportive and you broke your hip, you would have surgery because that would be the only way to keep you

[*Traduction*]

Nos directives parlent des maladies très graves, de l'alimentation, et des arrêts cardiaques, et peuvent constituer une déclaration très positive. Elles peuvent dire: je demande toutes les interventions possibles.

J'ai oublié de signaler que nos directives comprennent ce que nous appelons une déclaration personnelle. Ouvrez le livre au milieu—il n'existe malheureusement pas de version française, mais nous en préparons une traduction—tournez la page, et vous verrez une déclaration personnelle à l'endos de la directive. La déclaration personnelle dit: j'estime qu'une maladie incurable est toute maladie...nous essayons d'encourager la personne à définir ce qu'elle considère comme une maladie incurable. D'habitude, les gens disent que s'ils ne peuvent pas communiquer, ne peuvent pas s'alimenter eux-mêmes, ne peuvent pas marcher et sont obligés de rester au lit, ils se considèrent comme incurables. Nous encourageons les gens à définir la maladie incurable en des termes très simples non pas, si jamais j'ai la maladie d'Alzheimer ou le cancer, mais de la définir en termes simples, sur le plan de la qualité de la vie.

Il s'agit donc d'une déclaration très précise et très complète qui utilise une terminologie médicale. Dans la mesure où elle utilise une terminologie médicale, elle a l'avantage important, d'être facile à l'interpréter par les médecins. Le grand inconvénient c'est d'avoir à informer le consommateur pour qu'il puisse comprendre la terminologie. Il existe un avantage direct par rapport au testament biologique. Le testament biologique est une déclaration générale mais, du point de vue du médecin qui essaie de l'interpréter, c'est un cauchemar, tandis que les directives sont très claires pour le médecin. Il peut certainement les interpréter très clairement, mais le consommateur doit d'abord être informé.

L'information du consommateur au sujet de ces choix est une très bonne chose dans la mesure où elle rend le consommateur plus compétent et plus autonome, ce que nous devons tenter de faire dans notre système de santé.

Mme Clancy: Je vous remercie beaucoup de votre présentation. C'est peut-être parce que je m'appelle Clancy, docteur Molloy, je pourrais vous écouter toute la journée.

J'ai quelques questions à vous poser. Dans les directives, je regarde «soins de soutien» et je vois: «intraveineuse seulement si elle augmente le confort; par exemple, pour éviter la déshydratation». Je me rappelle un cas que j'ai connu il y a 15 ans. C'était le cas d'une vieille femme qui habitait un foyer. Elle avait été frappée d'apoplexie plusieurs fois et la famille se demandait si elle devait être alimentée par voie intraveineuse et donc s'il serait nécessaire de la faire admettre dans un hôpital de soins de courte durée, car personne ne voulait bien sûr la laisser mourir de déshydratation. En l'occurence, elle a pu s'alimenter normalement, mais il me semble que le médecin aurait eu de la difficulté à se conformer à une directive disant «pas d'intraveineuse».

M. Molloy: Le niveau des soins de soutien établit au fond que tout sera fait pour vous assurer votre confort. Par exemple, si vous choisissez ces soins et que vous vous cassez la hanche, on procéderait à une intervention chirurgicale car

[*Text*]

comfortable. It is whatever is necessary to keep you comfortable. You would receive an intravenous if it was necessary to relieve suffering from dehydration. However, an intravenous would not be inserted to give you antibiotics. Whatever is necessary to promote comfort would be used. Do you understand that? It is a very important statement. to promote comfort would be used. Do you understand that? It is a very important statement. What you are seeing with support is this: the purpose of treatment is palliation. It is not to prolong life. It is to promote comfort. The purpose with the other ones is prolonging life.

• 1245

Mrs. Clancy: If you take out the feeding, I am looking at the definitions under feeding: "Give water and salt to keep me comfortable but make no attempt to feed me, please". That is where I have trouble; I have trouble with the Kruzan case. In spite of the fact I might understand the motivation, I still have trouble with it in that it seems to me that effectively someone is starving to death.

I am not quite sure whether we have the right to make that choice, given the whole questions legally. I am just talking legally, I am not getting into the moral aspect of suicide is against the law, etc. I guess in a sense I am not even asking you for a response to that. If you have one, I would like to hear it, but I find that a real difficulty and a real dichotomy. That is why I had trouble with that case.

Dr. Molloy: You are from the east coast.

Mrs. Clancy: Yes.

Dr. Molloy: A friend of mine, Roy Fox, is the professor of geriatrics in Camp Hill in Halifax. Are you from Halifax?

Mrs. Clancy: Yes.

Dr. Molloy: Roy did a very interesting study. Roy gave a questionnaire to physicians in Halifax, 100 physicians. He had a person who was severely demented, severely demented, contracted in a bed and could not feed; it was chronic end-stage dementia. He asked the physicians how many of them would resuscitate the patient. There were 99% of them who said they would not resuscitate the patient if he had a cardiac arrest. Then he asked the physicians how many of them would pass and use a gastric tube and 50% said they would and 50% would not. Feeding is a very emotional subject. It is not attached to CPR, and that is why we have divided it out. Virginia and I have had many conversations about what you are talking about.

The question is: should somebody be allowed to starve to death and should we withhold tube feeding that could potentially keep that person alive? You have to remember that it is not you or me who is starving to death. It is a person who is neurologically damaged to an extent that they cannot feed and you have to wonder how much that person can feel. It is not like a healthy person starving to death. Put it in perspective.

[*Translation*]

ce serait la seule façon de minimiser la douleur. C'est tout ce qui est nécessaire pour assurer votre confort. Vous receveriez une intraveineuse si c'était nécessaire pour alléger la souffrance due à la déshydratation. Mais on ne donnerait pas d'antibiotiques par intraveineuse. On n'utiliserait que ce qui serait nécessaire pour assurer votre confort. Est-ce que vous comprenez cela? C'est très important. Mais on ne donnerait pas d'antibiotiques par intraveineuse. On utiliserait que ce qui est nécessaire pour assurer votre confort. Est-ce que vous comprenez cela? C'est très important. Les soins palliatifs sont l'objectif du traitement de soutien. Ce traitement n'est pas destiné à prolonger la vie mais à assurer le confort du malade. Les autres types de traitement cherchent à prolonger la vie.

Mme Clancy: Prenons l'exemple de l'alimentation. La directive de votre brochure est la suivante: «Donnez-moi de l'eau salée pour assurer mon confort, mais n'essayez pas de m'alimenter.» J'ai du mal à accepter cela et l'affaire Kruzan me pose problème. Je peux comprendre le principe, mais je trouve cette instruction difficile à accepter car il ne semble qu'on laisse ainsi le malade mourir de faim.

Je ne suis pas certaine que nous ayons, légalement, le droit de faire ce choix. Je me contente d'évoquer les aspects légaux, sans parler du fait que, moralement, le suicide est illégal, etc. Je ne vous demande même pas de répondre à cette question. Si vous avez une réponse à me proposer, je veux bien l'écouter, mais je suis vraiment partagée sur cette question terriblement difficile. C'est la raison pour laquelle cette affaire me pose problème.

M. Molloy: Vous venez de la côte est, n'est-ce pas?

Mme Clancy: En effet.

M. Molloy: J'ai un ami, Roy Fox, qui est professeur de gériatrie à Camp Hill, Halifax. Est-ce que vous venez d'Halifax?

Mme Clancy: Oui.

M. Molloy: Roy a fait une étude très intéressante. Il a fait parvenir un questionnaire à 100 médecins d'Halifax. Dans ce questionnaire, il citait le cas d'une personne atteinte de démence grave, contractée dans son lit et impossible à alimenter; il s'agissait d'un cas de démence chronique en phase finale. Sur l'ensemble des médecins, 99 p. 100 ont répondu qu'ils ne réanimeraient pas le patient s'il était victime d'un arrêt cardiaque. Ensuite, il a demandé aux médecins s'ils envisageraient d'alimenter artificiellement le malade. La moitié des médecins ont répondu qu'ils alimenteraient le malade et l'autre moitié, qu'ils ne le feraient pas. Les gens réagissent de manière très émotive au sujet de l'alimentation. Nous avons placé l'alimentation à part, étant donné qu'elle n'est pas liée à la réanimation cardio-pulmonaire. Nous avons eu, Virginia et moi, de nombreuses discussions sur le sujet que vous avez soulevé.

La question est la suivante: Doit-on laisser un malade mourir de faim et doit-on retirer les canules d'alimentation qui peuvent garder ce malade en vie? Permettez-moi de vous signaler que ni vous ou moi n'allons mourir de faim. Il s'agit d'un malade qui est si atteint sur le plan neurologique qu'il ne peut se nourrir. On peut d'ailleurs se demander si ce malade éprouve des sensations. Il n'éprouve pas du tout la même chose qu'une personne en bonne santé qu'on laisserait mourir de faim. Il faut replacer les choses dans leur contexte.

[*Texte*]

Put this in perspective. There may be more than a million people—some people say 2 million people—in the year 2030-2040 with Alzheimer's disease in this country. Are we going to pass nasogastric tubes and gasostromy tubes in everybody, and what is the outcome? Some hospitals now, as a policy, will not pass tubes on people who are dying with chronic dementing illnesses because all you do is prolong the death process. You are feeding a person who does not respond to pain, who has contracted up and is starting to get pressure sores.

What is the end point of death? Is it when the person is rotting? It becomes a very difficult decision, but I think most of us would agree that if we were at the point where we were severely demented, unable to communicate, unable to walk, unable to feed ourselves, that we would not want to be tube-fed and kept alive.

The point we are making is your point exactly, that these decisions are horrendous when we have to make them for other people. It is not fair that I should leave that decision to my family or another health care professional, or a person who does not know me. It is not fair to make them make that decision for me. As a human being, a thinking, conscious human being, an educated person, I should really make that decision for myself.

What we are hearing is a lot of people in our society saying, not only do I not want to burden my family or health care professionals with this decision, I really want to make it myself because I want to make sure, if the time ever comes, given that the average age of. . . You can expect to live almost to 80 now as a female in Canadian society, and your chance is 50% of becoming demented. That is what you are probably going to die from.

Mrs. Clancy: Either that or your family history, let me tell you.

Dr. Molloy: Your chances of becoming demented. . .50% of the people sitting here will probably die in institutions with dementia. It is a real thing. You may not get cancer. You may not get all these other funny diseases, but by God, the chances are you will get dementia.

You want to determine how you are going to end your days. These are real decisions. I think it behooves us all to make these decisions and we should be encouraged to make them. It should be discussed openly. People think, my God, you are in such a morbid field, all those old people dying. How do you do it? But it is real, it is life, and we have not faced it as a society.

In response to your question, I think we have an obligation, as politicians who are very powerful people in our society, to bring this forward. Maybe a debate in Parliament might not be a bad thing to bring this to public consciousness. You people know better than I do, but we need to bring this to the public conciousness and we need to promote it.

[*Traduction*]

Replaçons donc les choses dans leur contexte. En 2030 ou 2040, il y aura peut-être plus d'un million, peut-être même 2 millions de personnes qui souffriront, au Canada, de la maladie d'Alzheimer. Devra-t-on nourrir artificiellement toutes ces personnes en posant des sondes nasogastriques et à quoi cela servira-t-il? Actuellement, certains hôpitaux ont pour politique de ne pas alimenter artificiellement les malades qui se meurent de démence chronique, car ils considèrent que cela ne servirait qu'à prolonger leur mort. Il est inutile d'alimenter une personne qui ne ressent rien, qui est repliée sur elle-même et qui commence à souffrir d'escarres.

À partir de quel moment doit-on cesser d'empêcher une personne de mourir? Doit-on attendre que son corps soit en décomposition? La décision est très difficile, mais je pense que la plupart d'entre nous refuserions d'être alimentés par des canules et gardés artificiellement en vie si nous étions atteints de démence grave, incapables de communiquer, de marcher et de nous nourrir nous-mêmes.

Nous en arrivons à la même conclusion que vous, à savoir qu'il est absolument terrible de laisser de telles décisions aux autres. Il ne me paraît pas juste de laisser à ma famille, à un professionnel de la santé ou à une personne qui ne me connaît pas, la responsabilité de me laisser mourir. J'estime qu'il me revient à moi, être humain, pensant, conscient et informé, de prendre moi-même cette décision.

Il y a, autour de nous, beaucoup de gens qui veulent prendre eux-mêmes une telle décision et ne pas la laisser à leur famille ou au corps médical. Ils veulent s'assurer que s'ils se trouvent dans une telle situation, étant donné l'âge moyen. . . En tant que femme, au Canada, vous avez une chance de vivre jusqu'à près de 80 ans et vous avez 55 p. 100 de risques de souffrir de démence. Ce sera probablement la cause de votre décès.

Mme Clancy: La démence ou les troubles biologiques transmis de génération en génération.

M. Molloy: La moitié des gens présents ici mourront probablement de démence dans un établissement de santé. C'est la réalité. Certains d'entre nous échapperons au cancer et à toutes sortes d'autres maladies, mais mourrons probablement de démence.

Chacun doit préciser de quelle manière il souhaite finir ses jours. Voilà les véritables décisions. Il appartient à chacun d'entre nous de prendre ces décisions et nous devons être encouragés à le faire. Il faudrait en parler ouvertement. Les gens me disent que cela est trop morbide et se demandent comment je peux parler de tous ces vieillards moribonds. Pourtant, c'est la vie, c'est la réalité et notre société ne doit pas se voiler la face.

Pour répondre à votre question, je pense que les hommes politiques ont beaucoup de pouvoir dans notre société et qu'ils ont le devoir d'aborder ce sujet. Il ne serait peut-être pas mauvais d'ouvrir un débat au Parlement sur cette question afin d'encourager une prise de conscience du public. Vous êtes certainement mieux placés que moi, mais je pense qu'il faut attirer l'attention du public à ce sujet.

[*Text*]

• 1250

Mrs. Clancy: Doctor, you mentioned Roy Fox, but there is a gerontology department at Mount Saint Vincent University in Halifax, for example, and I was thinking that some of the faculty members there would be very interested in this. I will pass on one of your books to the chair of the department. I think it is absolutely crucial, in spite of my initial questions on some of the things. I think it is a tremendous beginning.

In the kinds of work you are planning in this area, do you have some ideas for, say, a massive educational plan that you might not be able to handle yourself but that you would like to have?

Dr. Molloy: We really are overwhelmed. We are completely overwhelmed. I was invited to go to Halifax and talk about this and I could not go. I just do not have the time. I will not accept any more offers to talk. We cannot do it any more. We are just overwhelmed by the demand. We cannot even do a newspaper article on this any more because we will have 300 letters. We have plastic bags full of letters we cannot handle. The response and the demand for this is unbelievable, and I am not trying to overstate the case. I feel overwhelmed by it. I really feel we should be doing more to bring this to the public forum because there is an enormous demand for this out there.

It has to take off in many different directions to meet that demand. Honestly, if you can think of something in the health care system right now that improves satisfaction of patients and families, decreases health care utilization, decreases costs and improves our health care system, I would like to hear about it. But this is the only thing I know that does it. I think we should be pushing along with it and promoting this approach, because I think it is a healthy approach. I really think Canada can lead the world in this approach because we are innovative, and I think we are ahead of everyone in this type of directive. I think we have one of the best health care systems in the world, for all our failings. I really do. I think we should push along with this and promote this because I really think this is worthwhile.

Ms Greene: I would like to thank you very much for your presentation. I certainly think it is a very exciting program that this committee should support in our report very strongly.

It seems to me that the legislation should be on a federal level, as the Criminal Code obviously covers the one particular clause you indicated. We have abortion there now and so on, and it seems to me that if we clearly made this kind of thing legal across Canada and promoted it through our Health Promotions Branch, it would be a major step.

I think the issue I find most attractive is the control over the health care that you want at any age. It seems to me that this is something that almost every individual should have and should discuss. I am very excited about it.

[*Translation*]

Mme Clancy: Vous avez parlé de Roy Fox, docteur, mais il y a également un département de gérontologie à l'Université Mount Saint Vincent à Halifax et je pense que les professeurs seraient très intéressés par votre réflexion. Je vais remettre un de vos livres au directeur du département. Je crois que c'est absolument indispensable, malgré les réticences que j'ai pu avoir au début de votre exposé. Votre démarche me semble être extrêmement prometteuse.

Parmi les projets que vous avez dans ce domaine, est-ce que vous envisagez un programme d'éducation de masse que vous ne serez peut-être pas capable de mettre vous-mêmes en place?

M. Molloy: Nous sommes vraiment complètement débordés par les événements. J'ai refusé, faute de temps, de donner une conférence sur le sujet à Halifax. J'avais d'ailleurs refusé toutes les demandes de conférences, car je n'ai pas le temps de m'en occuper. Nous sommes débordés par la demande. Nous ne voulons même plus écrire un article sur le sujet, car nous recevrions des centaines de lettres. Nous avons des sacs de plastique pleins de lettre auxquelles nous ne pouvons pas répondre. Les réactions et la demande sont absolument incroyables. Je ne cherche même pas à exagérer. Nous sommes débordés. Je crois vraiment qu'il faudrait organiser un débat public, car la demande est énorme.

Pour répondre à cette demande, il faudrait explorer de nombreuses pistes différentes. J'aimerais bien savoir s'il existe un moyen de modifier le régime des soins de santé de manière à mieux satisfaire les patients et leur famille tout en diminuant l'utilisation et les coûts des services de santé. L'approche que nous proposons est la seule qui puisse fournir de tels résultats. À mon avis, il faudrait appuyer et encourager cette approche dont le bien-fondé me paraît évident. Je crois vraiment que le Canada servirait de modèle au monde entier en choisissant cette approche innovatrice, car je pense qu'aucun autre pays ne propose ce genre de directive. Je suis convaincu que notre régime de soins de santé est, malgré tous ses défauts, un des meilleurs du monde. Je crois qu'il faudrait appuyer ce projet qui le mérite vraiment.

Mme Greene: Je vous remercie pour votre exposé. Votre programme me paraît très intéressant et je pense que nous devrions lui accorder un appui inconditionnel dans notre rapport.

À mon avis, le programme que vous proposez devrait être sanctionné par une loi fédérale, étant donné que le Code criminel contient un article qui se rapporte aux questions que vous avez soulevées. Nous avons désormais une loi sur l'avortement et il me semble que l'on franchirait une étape décisive en légalisant votre projet de directive dans tout le Canada et en en assurant la promotion par l'intermédiaire de notre direction de la promotion de la santé.

L'aspect qui me paraît le plus intéressant est le contrôle des soins de santé à tout âge, par chaque individu. Il me semble que l'application de telles directives devrait être pratiquement généralisée et que tout le monde devrait en parler. L'idée me plaît beaucoup.

[*Texte*]

One part that I would like to question you on is the question of who is incompetent. I recently had an uncle die. I was telling people about it yesterday. My 75-year-old uncle had a coronary bypass operation and died. His widow has been diagnosed as having Alzheimer's disease, was declared incompetent, and is now being controlled by her children, who are somewhat split over how she should continue, whether she should stay in her own home with support or go to an institution. When you speak to my aunt, she does not seem incompetent at all. I think she is really quite alert compared to many of the people that I am seeing in homes for the aged at Metro and out in the community, and certainly in senior citizens' apartments in my own riding. Who declares? I think that whole area needs to have criteria, appeal processes and so on.

[*Traduction*]

J'aimerais vous demander de préciser ce qui permet de dire qu'une personne est incapable. Un de mes oncles est mort récemment. J'en parlais encore hier. Il est mort à 75 ans, à la suite d'un pontage cardiaque. Sa veuve qui souffre de la maladie d'Alzheimer a été déclarée incapable et placée sous la responsabilité de ses enfants qui se demandent si elle peut rester chez elle en se faisant aider, ou s'ils doivent la placer dans un établissement pour personnes âgées. Les gens qui parlent à ma tante ne se rendent pas compte qu'elle est incapable. Elle me paraît très alerte par rapport à beaucoup de gens que je rencontre dans des foyers pour personnes âgées de la région et ailleurs et surtout dans les appartements pour personnes âgées de ma circonscription. Qui prend la décision de déclarer une personne incapable? Je pense qu'il faut établir des critères, des processus d'appel, etc.

• 1255

Dr. Molloy: Competency is not global. You cannot say that a person is incompetent. Competency is very specific. Your aunt might be incompetent to handle her finances but she might be competent to make decisions for her health care. If she was a retired nurse, she might know health care issues better than finances.

M. Molloy: La capacité n'est pas monolithique. On ne peut pas dire qu'une personne soit totalement incapable. La capacité est très spécifique. Votre tante est peut-être incapable de gérer ses finances, mais elle est peut-être tout à fait capable de prendre des décisions concernant sa santé. Si elle a été infirmière, elle connaîtra probablement mieux les questions de santé que les questions financières.

I am clearly incompetent even now to handle my own finances. Competency is not global. There is specific competency—to live on your own or make decisions for health care. Each of those has to be determined. Competency is very simple on paper. To determine competency, you first of all determine the person's level of knowledge for that issue. Secondly, the person has to understand the idea of choice. Thirdly, the person has to understand the consequences of that choice. A person who knows that is competent for that issue.

Je suis moi-même tout à fait incapable de gérer mes finances. La capacité n'est pas monolithique. Elle a de nombreuses facettes—capacité à vivre seul ou à prendre des décisions concernant la santé. Toutes ces facettes doivent être prises en compte. Sur papier, la capacité, c'est très simple. Pour évaluer la capacité d'une personne, il faut tout d'abord déterminer son degré de connaissance de la question. Deuxièmement, la personne doit comprendre l'idée de choix. Troisièmement, elle doit comprendre les conséquences de son choix. Une personne qui comprend et connaît tout cela est capable de prendre une décision dans le domaine en question.

We have been working with the people from the competency clinic in Toronto to develop a specific measure of competency for the instrument. We will develop a standard educational package that everybody will get. We will develop a little quiz to ask the person standard questions and score their responses. We are developing that right now. It is a very important area. You can see the conflicts: My mother was not competent when she filled that thing out. How can you believe that? I know what she wants.

Nous avons collaboré avec des spécialistes de la capacité d'une clinique de Toronto pour mettre au point un critère précis de capacité applicable dans le cadre de notre programme. Nous avons l'intention de préparer une brochure d'information qui sera distribuée. Elle contiendra un petit questionnaire qui permettra au répondant de s'évaluer. C'est ce que nous préparons en ce moment et c'est extrêmement important. Vous pouvez imaginer les conflits: «Ma mère n'avait pas toute sa tête quand elle a rempli ce questionnaire. Comment pouvez-vous prendre cela au sérieux? Je sais, moi, ce qu'elle veut vraiment.»

We have recently had a manuscript accepted by the Journal of the American Geriatrics Society. It is a funny manuscript. The title of the manuscript is "Decision-Making in the Incompetent Elderly: The Daughter from California Syndrome". That deals with the daughter who comes from California, who is very angry, feels guilty about not having kept in touch and demands everything from her mother, in complete contrast to the daughter who has lived

Nous avons obtenu récemment un manuscrit accepté par le journal de l'American Geriatrics Society. Il s'agit d'un article très drôle dont le titre est le suivant: «La prise de décision chez les personnes âgées incapables ou le syndrôme de la fille installée en Californie». L'article évoque tout d'abord la fille qui vit en Californie, une personne très arrogante qui se sent coupable de ne pas être restée en contact avec sa mère et qui exige tout d'elle, puis présente

[*Text*]

with her mother all her life and now accepts the mother's dementia and her death. The daughter says, "My mother is not competent. You cannot do that". The competency issue is enormous. If we are going to develop these types of directives we need to do lots of work.

We need to develop competency instruments, educational packages. We need to develop hospital policies, institutional policies, educational programs for people who are going to deliver them and use them. There are a lot of things we have to develop. Your competency question is well taken. It is a big concern to us and we are working towards an instrument. There are no reliable and valid instruments available to measure competency in health care. It is always done by physicians who do the sort of hands-on assessment that they do from their gut somehow. We do not even know how reliable that is.

Ms Greene: Not very reliable at all.

Dr. Molloy: Competency is an interesting area. There has recently been a good paper by the provincial Government of Ontario on mental competency. It is a major book. It is a very complex area.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, due to the hour I am not going to prolong this more than to say that we certainly have appreciated Dr. Molloy and his colleagues' visit here today.

I guess I have one disappointment though. When I saw that he was Director of the Memory Clinic, I thought he would bring some new ideas to help my memory, but I guess that is asking too much.

It has been a very fine presentation. I am sure the whole committee has felt challenged with some of these new ideas that may be of great help to our health care system.

Mrs. Bertrand: To get involved in public politics helps memory, I have found.

Dr. Molloy: It did not help Ronald Reagan.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Mr. Chairman, I would like to express my regret that I was unable to listen since I was at a very intense caucus meeting. But I have one very short question.

When you do not do resuscitate specifically, is it clear in your teaching—and I know in the book that I was glancing at very quickly that you will not do the basic external cardiac massage—that the physician ought to continue to search for airway obstruction like a mucus plug?

• 1300

In my practice I believed in the approach that in a very untreatable situation extraordinary measures are not required. However, when there is an air flow obstruction and as a consequence hypoxia and a cessation of heartbeat, unless

[*Translation*]

l'autre fille qui, contrairement à la première, est restée proche de sa mère toute sa vie et accepte désormais la démence et la mort de sa mère. La fille affirme que sa mère n'est pas capable de prendre des décisions et s'oppose aux mesures qui sont prises pour elle. La question de la capacité est très grave. L'élaboration de ce type de directives exige un travail préparatoire énorme.

Nous devons rédiger des systèmes de mesure de la capacité, des brochures d'information. Nous devons élaborer des politiques applicables dans les hôpitaux et les établissements, des programmes de formation pour les gens qui doivent les appliquer et les utiliser. Nous avons beaucoup de choses à faire. La question de la capacité est très importante et nous travaillons actuellement à l'élaboration de critères d'évaluation. Il n'existe pas, dans le secteur de la santé, de critères valables d'évaluation de la capacité. Les médecins font toujours une sorte d'évaluation pratique fondée sur leur impression personnelle. Nous ignorons dans quelle mesure une telle évaluation est vraiment fiable.

Mme Greene: À mon avis, cela n'est absolument pas fiable.

M. Molloy: La capacité est une question intéressante. Le gouvernement provincial de l'Ontario a publié récemment un très bon ouvrage sur la capacité mentale. C'est un ouvrage important qui traite d'une question très complexe.

M. Halliday: Monsieur le président, étant donné l'heure, je n'ai pas l'intention de prolonger le débat et je vais me contenter de préciser que le témoignage du docteur Molloy et de ses collègues m'a paru très intéressant.

Il y a pourtant une chose qui m'a déçu. J'espérais qu'il me donnerait de nouvelles idées pour améliorer ma mémoire, puisqu'il est directeur de la Clinique Memory. Mais je comprends que c'était peut-être trop lui demander.

Son exposé a été excellent et je suis certain qu'il a amené tous les membres du comité à réfléchir à ces nouvelles idées qui s'avéreront peut-être fort utiles pour notre nouveau régime de soins de santé.

Mme Bertrand: À mon avis, la politique stimule la mémoire.

M. Molloy: Pourtant, ça n'a pas été très utile dans le cas de Ronald Reagan.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Monsieur le président, je suis désolé de ne pas avoir pu écouter l'exposé du docteur Molloy, ayant été retenu à une réunion très importante de mon caucus. J'aimerais cependant poser une brève question.

J'ai feuilleté rapidement votre brochure et je me demande si vous précisez clairement, lorsque vous décidez de ne pas procéder à la réanimation d'un malade par un massage cardiaque externe, que le médecin doit malgré tout vérifier si un bouchon de mucus n'obstrue pas les voies respiratoires?

Je crois fermement qu'il est inutile de prendre des mesures extraordinaires lorsqu'il y a peu de chances que le malade reste en vie. Cependant, lorsque l'obstruction des voies respiratoires entraîne une anoxémie et un arrêt

[*Texte*]

when we remove it there could be a spontaneous resumption of the heartbeat. I wanted to hear from you whether in your teaching, when there is no CPR or do not resuscitate, it is understood that you search for the cause of that cessation of heartbeat.

Dr. Molloy: That is a very good question and it is a very interesting one, the idea of cardiac arrest. You can have the child who falls in the swimming pool, is found at the bottom of the swimming pool, and has a cardiac arrest. That is a very different issue from an 80-year-old person in a nursing home who has Alzheimer's disease and pneumonia and suffers cardiac arrest. In one case the cardiac arrest is sudden. In the other case the cardiac arrest is a terminal event at death, which is irreversible.

In your case you have an acute area obstruction, be it from a mucus plug or even a bronchospasm or even from aspiration, where a Heimlich manoeuvre or an intratracheal tube will resolve the problem. That is a different type of cardiac arrest from this type of cardiac arrest, and we have the idea of the reversible and the irreversible, and clearly in your one there would be a reversible cause.

You have the idea of witnessed cardiac arrest versus unwitnessed cardiac arrest, where the person is eating some food and goes yuuk, yuuk, yuuk and falls on the floor. That is a very different cardiac arrest from a nurse who comes in the morning and finds a person cold in the bed. That is an unwitnessed death, you see.

Mr. Pagtakhan: I am glad you made that clarification. I just wondered whether in the teaching of this particular piece of information that physicians will be continually advised to search for that acute air flow obstruction, be it because of the food being eaten or a mucus plug and somehow with a little food now it becomes a greater plug and causes an acute air flow obstruction that can be dislodged as well.

Dr. Molloy: Thank you for your point.

The Chairman: Thank you very much. Dr. Malloy, on behalf of the committee I express to you and your associates our sincere thanks for your appearance here this morning. It has certainly brought forward some points that perhaps many of us had never considered fully before. I think Ms Greene indicated that this committee would be most interested in perhaps dealing with some of the aspects you mentioned, certainly taking forward what probably will be needed, I would suggest, at the federal level for this type of thing rather than across the board provincially.

So our sincere thanks to you all for your appearance here this morning. We appreciate it very much. If in the future there is additional information that you get as a result of some of this, we would also appreciate you providing the committee with that.

The meeting stands adjourned.

AFTERNOON SITTING

• 1412

The Chairman: Order, please.

[*Traduction*]

cardiaque, il est impossible de faire redémarrer le coeur tant que les voies respiratoires ne seront pas dégagées. Je voulais vous demander si vous précisez aux personnes à qui vous enseignez qu'il faut avant tout chercher la cause de l'arrêt cardiaque, lorsqu'il a été décidé de ne pas procéder à une réanimation cardiopulmonaire.

M. Molloy: Voilà une très bonne question. Le problème de l'arrêt cardiaque est très intéressant. Un enfant qui fait une chute dans une piscine peut être victime d'un arrêt cardiaque. Dans ce cas, il s'agit d'un accident tout à fait différent d'un arrêt cardiaque qui frappe un octogénaire qui vit dans un foyer pour personnes agées et qui souffre déjà de la maladie d'Alzheimer et de pneumonie. Dans le premier cas, l'arrêt cardiaque est soudain. Dans l'autre, l'arrêt cardiaque est irréversible et ne peut avoir qu'une issue fatale.

Dans le premier cas, il s'agit d'une obstruction causée par un bouchon de mucus ou même par un bronchospasme ou même par une aspiration. Il suffit alors d'effectuer une manoeuvre de Heimlich ou d'insérer un tube dans la trachée-artère. Il y a donc deux types tout à fait différents d'arrêts cardiaques, le premier étant réversible et l'autre irréversible. Il est bien évident que, dans le premier cas, l'arrêt cardiaque est réversible.

Il y a des arrêts cardiaques qui sont constatés par d'autres personnes. C'est par exemple le cas d'une personne qui s'étrangle en mangeant. Dans ce cas, l'arrêt cardiaque est très différent de celui qu'une infirmière peut constater lorsqu'elle trouve un malade mort dans son lit. Il s'agit, dans ce cas, d'un décès sans témoin.

M. Pagtakhan: Je vous remercie d'avoir apporté ces éclaircissements. Je voulais savoir si vous insistiez sur le fait que les médecins doivent vérifier si les voies respiratoires ne sont pas bloquées par un morceau de nourriture ou par un bouchon de mucus ou par les deux à la fois. Dans ce cas, il est toujours possible de libérer les voies respiratoires.

M. Molloy: Merci d'avoir posé cette question.

Le président: Merci beaucoup. Docteur Molloy je vous remercie, ainsi que vos collègues, au nom du comité pour votre témoignage de ce matin. Vous avez probablement soulevé certains points auxquels beaucoup d'entre nous n'ont peut-être jamais réfléchi auparavant. Je crois que M^me^ Greene a fait savoir que le comité aimerait beaucoup étudier certains des aspects que vous avez mentionnés et proposer les mesures qu'il serait bon de prendre pour mettre votre programme en oeuvre à l'échelon fédéral plutôt que l'échelon provincial.

Nous vous remercions sincèrement pour le témoignage que vous nous avez présenté ce matin. Nous espérons que vous tiendrez le comité au courant des renseignements supplémentaires que produiront les recherches que vous effectuez.

La séance est levée.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: La séance est ouverte.

[*Text*]

We have a quorum. Pursuant to Standing Order 108(2), the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

This afternoon we are pleased to welcome Dr. Michael Rachlis, from the Ontario Medical Reform Group.

Dr. Michael Rachlis (Individual Presentation): Before I start, I should clarify. Maybe this is something I did not discuss adequately with Ms Bourque. When I presented to this committee's predecessor two and a half years ago, I was part of a delegation from the Medical Reform Group. I am not speaking today on behalf of that group or any other group; I am speaking as an individual.

To inform the committee better about where I am coming from, I will give you a brief description. I graduated from the University of Manitoba in medicine 15 years ago, and then I was in family practice at a community health centre in Toronto for eight years before returning to school. I gained my specialty in community medicine from McMaster University two and a half years ago. Since then I have acted as a private consultant in health policy, although I continue to practise medicine on a very part-time basis.

In my presentation to the committee, as I have indicated, I am very pleased to have been asked to present to this committee. I hope that you will not think ill of my presentation because I have not kept strictly to your agenda. Although some of my written brief may seem a bit harsh to this committee in assessing this committee, I want to point out that the conclusions I have drawn in my brief are conclusions I have come to rather recently myself. I had not been particularly concerned about the issue I am going to be addressing this committee about until about a year ago, even though in retrospect I should have been concerned many years ago. So perhaps as a recent convert I am particularly zealous in my pursuit of this issue now.

I say that at the beginning so you might better understand my remarks, and also understand that, as I have only recently begun to feel seriously about this issue myself, I can hardly blame the members of this committee for being tardy in coming to these conclusions themselves.

However, be that as it may, I do feel that the committee's present agenda is rather irrelevant. The reason is that in particular, because the committee is currently investigating the impact of the aging population on the health care system, the problems with accessibility of health services for certain Canadians, and the human resources for health care, I think it is irrelevant for the committee to be discussing these issues while the federal government is in fact denying itself a role in Canada's health care system.

• 1415

A friend of mine suggested that you might as easily be discussing who should be playing in the Blue Jay's outfield next season as discussing the various issues pertaining to the health care system.

[*Translation*]

Il y a quorum. Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité continue l'étude du système de soins de santé du Canada et son financement.

Cet après-midi, nous sommes heureux d'accueillir le docteur Michael Rachlis, du Medical Reform Group de l'Ontario.

Dr Michael Rachlis (témoignage à titre personnel): Avant de commencer, je veux apporter une précision. Je n'ai peut-être pas été assez précis avec madame Bourque. Quand je suis venu témoigner devant le présent comité il y a deux ans et demi, je faisais en effet partie d'une délégation représentant The Medical Reform Group. Je ne représente toutefois aucun groupe aujourd'hui; mon témoignage est à titre personnel.

Pour que les membres du Comité me connaissent un peu mieux, je vais vous parler un peu de mes antécédents. J'ai obtenu mon diplôme de médecine à l'Université du Manitoba il y a 15 ans, et j'ai ensuite travaillé pendant huit ans en médecine générale dans un centre de santé communautaire de Toronto avant de retourner aux études. Je suis devenu spécialiste en médecine communautaire à l'Université McMaster il y a deux ans et demi. Depuis lors, je suis devenu expert-conseil en matière de santé, tout en pratiquant encore un peu la médecine.

Je suis très heureux que l'on m'ait demandé de présenter mes vues au Comité. J'espère que vous ne m'en voudrez pas trop de ne pas m'en être tenu strictement à l'objet de votre étude. Même si l'évaluation que je fais du présent comité dans mon mémoire pourra lui paraître un peu dure, je tiens à souligner que ces conclusions ne me sont venues que très récemment. Je ne m'étais jamais particulièrement intéressé à la question dont je vais discuter aujourd'hui avant l'année dernière, même si, à bien y penser, j'aurais dû le faire bien avant cela. En tant que nouveau converti, je suis peut-être donc maintenant particulièrement zélé.

Si je dis cela, c'est pour vous permettre de mieux comprendre les observations que je ferai, et comprendre aussi, comme je me suis moi-même convaincu depuis très peu de temps de la chose, que je peux difficilement reprocher aux membres du Comité de tarder à en venir eux-mêmes aux mêmes conclusions.

Quoi qu'il en soit, je pense que le programme du Comité manque d'à-propos. En effet, il me paraît tout à fait inutile que le présent comité étudie l'effet du vieillissement de la population sur le système de soins de santé, les difficultés ayant trait à l'accessibilité aux services de santé pour certains Canadiens et les ressources humaines nécessaires aux soins de santé, alors même que le gouvernement fédéral prend de plus en plus ses distances par rapport au système de soins de santé du Canada.

Un ami me disait que vous feriez tout aussi bien de discuter de qui sera voltigeur pour les Blue Jay's l'année prochaine que de discuter des diverses questions concernant le système de soins de santé.

[*Texte*]

While, as I have said, I have recently just come to these conclusions myself, if after you have been presented with my conclusions and other reports that you have heard of in the last few months you do not act, then I really do feel that you, like some of your colleagues, are going to be guilty of rather grievous negligence in refusing to act while medicare slowly dies.

Why is medicare in trouble? Medicare has many problems, but Canadians have created a health care system that is really the envy of most of the rest of the world.

We have achieved universal coverage for hospital and medical care without charging users at the time of service.

We spend less of our gross national product on health care than the United States, and roughly the same proportion as the other wealthy industrialized nations.

On the negative side we have a system tilted towards care within institutions provided by physicians, and we have not carefully evaluated most interventions for their effectiveness.

We also know that hospitals and physicians are in fact not nearly the most important services for maintaining a population's health, and that probably the most important determinant of a population's health is its overall wealth and how well and equally that wealth is distributed.

The committee has heard many learned witnesses discuss these issues with, as I gather, rather little disagreement amongst them. However, the system of public financing for hospital and physician's care without user charge is fundamentally sound, and I think the previous witnesses have also made this point.

Medicare is in trouble because some groups and some provincial governments have never accepted the basic principles of medicare, and the present federal government refuses to protect what has become Canada's best-loved social program.

While my concerns centre around Bill-69 and the loss of federal standards through lack of enforcement of the Canada Health Act, I am going to review briefly the history of medicare to lead up to this point.

Canada's health care system, of course, was in its infancy when the Saskatchewan government under Tommy Douglas implemented public hospital insurance in 1946. The program was a great success both in human and financial terms, and several other provinces brought in their own programs. Then, of course, the federal government brought in the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act in 1957. This allowed the federal government to pay for half of the cost of hospital care if the provinces implemented a hospital insurance plan which met certain conditions. There were not many problems in getting provinces to join in that first program.

[*Traduction*]

Tout comme je n'en suis arrivé à ces conclusions que tout dernièrement, comme je l'ai dit, si, après avoir entendu mes conclusions et les autres exposés qui vous ont été présentés au cours des quelques derniers mois, vous n'agissez pas, je pense vraiment, alors, que comme certains de vos collègues, vous serez coupables de négligence plutôt grave pour avoir refusé d'agir malgré le fait que notre régime de soins de santé agonise lentement.

Pourquoi notre régime est-il en difficulté? Il y a bien des raisons à cela, mais les Canadiens ont créé un système de soins de santé qui fait l'envie de la plupart des pays.

Nous sommes parvenus à assurer les soins hospitaliers et les soins médicaux d'une manière universelle sans que l'usager n'ait à débourser d'argent après que le service lui ait été rendu.

Nous consacrons une proportion moindre de notre produit intérieur brut aux soins de santé que ne le font les États-Unis, et à peu près la même proportion que les autres nations industrialisées.

Sous l'aspect négatif, notre système est orienté vers des soins prodigués par des médecins dans des institutions et nous n'avons pas tellement bien évalué l'efficacité de la plupart des interventions.

Nous savons aussi que les hôpitaux et les médecins ne sont pas les services les plus importants qui permettent de maintenir une population en santé, et que le facteur déterminant probablement le plus important à l'égard de la santé de la population est sa richesse dans l'ensemble et la mesure dans laquelle cette richesse est également distribuée.

Le comité a déjà entendu de nombreux témoins savants discuter de ces questions avec très peu de notes discordantes entre eux, si je comprends bien. Toutefois, la formule de financement public des soins offerts par les hôpitaux et les médecins sans ticket modérateur est fondamentalement valable, ce que les témoins qui m'ont précédé ont aussi démontré.

Notre régime de soins de santé est en difficulté parce que certains groupes et certains gouvernements provinciaux n'en ont jamais accepté les principes fondamentaux, et le gouvernement fédéral actuel refuse de protéger ce qui est devenu le programme social que chérissent le plus les Canadiens.

Mes inquiétudes portent surtout sur le projet de loi C-69 et sur la perte des normes fédérales provoquée par une mauvaise application de la Loi canadienne sur la santé. Je vais faire brièvement l'historique du régime d'assurance-maladie jusqu'à la situation que nous connaissons aujourd'hui.

Le système de soins de santé du Canada, évidemment, était embryonnaire lorsque le gouvernement de la Saskatchewan, avec Tommy Douglas, a mis en oeuvre l'assurance-hospitalisation publique en 1946. Le programme a très bien réussi, tant sur le plan humain que sur le plan financier, et plusieurs autres provinces ont instauré leur propre programme. Puis, évidemment, le gouvernement fédéral a adopté la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en 1957. Aux termes de cette loi, le gouvernement fédéral payait la moitié du coût des soins hospitaliers si les provinces mettaient en oeuvre un régime d'assurance-hospitalisation qui satisfaisait à certains critères. Les provinces se sont ralliées d'emblée à ce premier programme.

[*Text*]

Then, looking at medical care, Saskatchewan again led the way implementing such a public plan in 1962, and Justice Emmett Hall's royal commission recommended a federal program in 1964 and the Medical Care Act was passed in 1966.

Like the Hospital Insurance Act, the federal government agreed to pay one-half the cost of medical care if the provinces established public medical insurance programs with certain conditions.

The first condition, generally described as public administration, meant that the plan was to be administered on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the provincial government.

Secondly, the plan was to provide for (a) the furnishing of insured services upon uniform terms and conditions, (b) reasonable compensation of doctors, and (c) reasonable access to insured services. That clause is often referred to as accessibility although, of course, it includes more than just accessibility.

Third, the plan was to provide for universality of coverage.

Fourth, the plan was to be portable from province to province, and fifth, the plan was to be comprehensive in its coverage, although that is slightly a misnomer because actually only hospital and medical services were specifically addressed.

There were loud protests from some provinces, notably Ontario. I think this is a very important point, that various provinces did not particularly want this program but all provinces joined the program only because of the federal money.

I remember in 1969 in Winnipeg going door to door, getting people in that province to sign up on a petition to get the province to come into medicare. I ran into a lot of people who said, we do not want the socialized medicine but we cannot resist the federal money that is being offered. I remember only one person who refused to sign my petition, of hundreds to whom I took the petition.

We have to remember that even though Canadians all say how wonderful medicare is, several provinces did not want medicare and only joined 20 years ago because of federal money.

• 1420

Of course, there were problems that developed in medicare during the 1970s. Some of them have been identified by other witnesses before the committee. The federal government simply paid the bills as they came through and could not plan its expenditures properly. The poorer provinces could not spend as much as the wealthier provinces and therefore were practically less able to get federal money. The federal money was only provided for hospital and medical care, but there was substantial evidence that it was often more appropriate to provide care in the community or with nurses and other non-physician health personnel. As a result, the Established Programs Financing

[*Translation*]

Puis, considérant les soins médicaux, la Saskatchewan a encore une fois ouvert la voie en mettant en oeuvre un régime public à l'égard des soins médicaux en 1962. En 1964, la Commission royale d'enquête présidée par le juge Emmett Hall recommandait la création d'un programme fédéral. Et en 1966, on adoptait la Loi sur les soins médicaux.

Comme dans le cas de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, le gouvernement fédéral acceptait de payer la moitié du coûts des soins médicaux si les provinces établissaient un régime public d'assurance-maladie satisfaisant à certains critères.

La première condition, que l'on appelle généralement celle de la gestion publique, était que le régime devait être géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province.

Deuxièmement, le régime devait prévoir a) la prestation des services assurés selon des modalités uniformes, b) une rémunération raisonnable des médecins, et c) un accès raisonnable aux services de santé assurés. On réfère souvent à cet article comme l'article sur l'accessibilité même si, évidemment, on y aborde aussi d'autres aspects que l'accessibilité.

Troisièmement, le régime devait être universel.

Quatrièmement, le régime devait être transférable d'une province à l'autre, et cinquièmement, on devait assurer l'intégralité des services, malgré le fait qu'il n'était question dans l'article que des hôpitaux et des services médicaux.

Il y a eu de fortes protestations de la part de certaines provinces, notamment de l'Ontario. Il est très important de souligner que certaines provinces ne voulaient pas particulièrement du programme, mais toutes y ont finalement adhéré uniquement en raison de l'argent promis par le gouvernement fédéral.

Je me souviens d'avoir fait du porte-à-porte en 1969, à Winnipeg, pour faire signer une pétition afin que la province adhère au programme. Bien des gens m'ont alors dit ne pas vouloir de cette médecine socialisée, mais en même temps ne pas pouvoir résister au financement offert par le gouvernement fédéral. Je me souviens qu'il n'y a qu'une seule personne qui a refusé de signer ma pétition sur des centaines à qui je l'ai demandé.

Il ne faut pas oublier que même si les Canadiens trouvent tous merveilleux notre régime de soins de santé, plusieurs provinces n'en voulaient pas et n'y ont adhéré, il y a 20 ans, qu'en raison de l'argent du gouvernement fédéral.

Il y a évidemment eu des problèmes dans les années 1970. Quelques autres témoins vous en ont déjà décrit un certain nombre. Le gouvernement fédéral réglait tout simplement les factures au fur et à mesure qu'elles arrivaient et ne parvenaient pas à bien planifier ses dépenses. Les provinces moins riches dépensaient moins que les provinces riches et ne pouvaient donc pas obtenir autant d'argent du gouvernement fédéral. Le financement fédéral n'était prévu que pour les soins hospitaliers et médicaux, mais il était devenu de plus en plus évident qu'il était souvent plus approprié d'offrir des soins dans la collectivité ou à l'aide d'infirmières et d'intervenants du domaine de la santé qui

[*Texte*]

Act was passed and the federal government decreased its personal income tax rate and its corporate tax rate to allow the provinces to increase their tax rates without increasing the overall tax bill. The federal government also made up the full contribution that was calculated by transferring cash to the provinces.

The next step was in 1984 when the Trudeau government passed the Canada Health Act with which, of course, all of you are familiar. The key point with the Canada Health Act is that the Canada Health Act and the Established Programs Financing Act work lockstep. You cannot really have an effective Canada Health Act without an Established Programs Financing Act that transfers money. The reason is that the Canada Health Act only allows the federal government to enforce national standards for medicare by cutting back the cash transfers under the Established Programs Financing Act.

I do not want to be too pedantic on this point, but I cannot believe people in government really are familiar with this issue because, if they were, I think they would be acting. I therefore think the Canada Health Act is only a piece of paper without the cash transfers under the Established Programs Financing Act.

I have itemized, as I believe some other witnesses have, how the cash transfers are diminishing and, as a result, particularly with Bill C-69 which has been passed by the House of Commons and is now before the Senate, it is estimated that the cash transfers under the Established Programs Financing Act will end in some provinces within seven years, Quebec has calculated. Other provinces may take a little longer. But basically, within 7 to 10 years, as a result of Bill C-69, there will be no further cash transferred under the Established Programs Financing Act.

The end of the cash transfers under the Established Programs Financing Act will kill medicare. The reason is that there will be no longer any method of enforcing the Canada Health Act. If a province, as Quebec has suggested it would like, brings in a $5 charge for an emergency department visit, if a province even wants to dismantle its public medical insurance and go to a totally private model, then the federal health minister can wave the Canada Health Act at them, but that is the only weapon he will have for enforcing national standards. There will be no method for penalizing the provinces because without cash transfers you cannot hold back cash. I want to make this point very clear because I do not believe I understood it a year ago, and I think there are perhaps many of you who do not understand this point.

[*Traduction*]

n'étaient pas médecins. Par la suite, on a adopté la Loi sur les programmes établis, et le gouvernement fédéral a diminué son taux d'impôt personnel ainsi que son taux d'impôt s'appliquant aux sociétés pour permettre aux provinces d'augmenter les leurs sans accroître le fardeau fiscal des contribuables. Le gouvernement fédéral comblait aussi les différences au moyen de transferts aux provinces.

L'étape suivante, en 1984, a été l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, par le gouvernement Trudeau, une loi qui nous est familière à tous aujourd'hui, évidemment. L'élément clé, dans tout cela, est que la Loi canadienne sur la santé et la Loi sur les programmes établis sont très intimement liées. La Loi canadienne sur la santé ne pouvait être efficace sans les paiements de transfert que prévoit la Loi sur les programmes établis. Ces paiements de transfert et la possibilité de leur retrait sont en effet le seul moyen prévu dans la Loi canadienne sur la santé qui permet au gouvernement fédéral d'appliquer des normes nationales dans le cadre du régime.

Je ne veux pas avoir l'air trop pédant, mais j'ai du mal à croire que les gens qui sont en poste au gouvernement connaissent vraiment bien la question, parce que si c'était le cas, je pense qu'ils agiraient en conséquence. Je pense donc que la Loi canadienne sur la santé ne vaut rien sans les paiements de transfert qui sont prévus dans la Loi sur les programmes établis.

J'ai décrit en détail, comme d'autres témoins l'ont aussi fait, je crois, la façon dont les paiements de transfert diminuent et, particulièrement après l'adoption du projet de loi C-69 par la Chambre des communes, qui est maintenant à l'étude au Sénat, on estime que certaines provinces ne recevront plus de paiements de transfert dans sept ans. C'est ce que l'on a calculé au Québec. Ce sera peut-être un peu plus long dans certaines autres provinces. Mais fondamentalement, d'ici sept à dix ans, à cause du projet de loi C-69, les paiements de transfert seront devenus une chose du passé.

Cela va achever le régime d'assurance-maladie. Il ne restera désormais plus rien pour faire respecter la Loi canadienne sur la santé. Si une province, comme on l'a indiqué dernièrement au Québec, décide de demander 5$ pour une visite à l'urgence, si une province décide même de démanteler son régime public d'assurance-maladie pour adopter un modèle complètement privé, le ministre fédéral de la Santé peut lui rappeler ce que prévoit la Loi canadienne sur la santé, mais c'est la seule arme dont il dispose pour faire appliquer les normes nationales. Il ne restera aucun moyen de pénaliser les provinces, parce que les paiements de transfert n'existant plus, on ne pourra plus rien retenir. Je veux établir ce point très clairement, parce que je ne pense pas que je le comprenais vraiment il y a un an, et il y en a peut-être un bon nombre parmi vous qui ne le comprennent pas vraiment.

[*Text*]

Provinces would be free to institute user charges, allow private insurance for basic hospital and physician care. There is no legal provision for the federal government to cut back its equalization payments or recall the tax points transferred in 1977 to enforce the national standards in the Canada Health Act.

One response could be that the provinces will do that at their peril. They will have to face their own electorates. On the other hand, we already see evidence of the demise of medicare on the horizon. First of all, as mentioned in Quebec, the announcement of their omnibus health reformat last month, that they plan to bring in a $5 charge for frivolous visits to emergency departments.

Secondly, the finance minister of British Columbia, the Hon. Mel Couvelier, has led a move by some provinces to gain complete control of medicare earlier than the 7 to 10 years it will take for the Canada Health Act to become useless. Mr. Couvelier has suggested that the federal government should immediately eliminate its cash transfers under EPF by converting these transfers now to tax points. In making a case for this so-called disentanglement, Mr. Couvelier has specifically questioned the principles of universality and national standards. There is no question that if there were no cash transfers now, if the Canada Health Act were impotent, I am sure that in British Columbia we would see user charges and private insurance, and perhaps—

Mr. Karpoff (Surrey North): Mr. Couvelier, within six months will not be the minister any more. I can assure you of that.

• 1425

Dr. Rachlis: Be that as it may, I think it points out that it is much more difficult for people who believe in medicare, as I hope most of the people in this room do, to fight ten battles instead of one. There is no question that some provinces, whichever they may be, at whatever time, are going to bring in some sort of private health insurance.

I believe national standards for medicare are crucial for efficient health care and national unity. Why have national standards? While some provinces are questioning this need, as I mentioned earlier, I think we must remember that medicare would never have come into Canada without the federal government using its coercive fiscal powers, the 50:50 dollars, to coerce the provinces to join. We would never have had a national medicare program without federal leadership.

Non-profit public administration ensures that overhead costs are low, that money is spent on patient care and not on a costly infrastructure of actuaries and premium collection. Standard of comprehensiveness ensures that coverage is not

[*Translation*]

Les provinces auraient donc le loisir d'imposer des tickets modérateurs et de permettre l'introduction des assurances privées pour les soins hospitaliers et les soins prodigués par un médecin. Rien n'est prévu dans la Loi pour permettre au gouvernement fédéral de couper dans ses paiements de péréquation ou de récupérer les points d'impôt qu'il a transférés en 1977 aux provinces en vue de l'application des normes nationales prévues dans la Loi canadienne sur la santé.

On pourrait dire que les provinces le feront à leurs risques et périls. Les gouvernements provinciaux devront en répondre devant leurs électeurs. Par contre, on peut déjà apercevoir à l'horizon des signes précurseurs de la mort du programme d'assurance-maladie au Canada. Premièrement, comme on l'a annoncé dernièrement, au Québec, dans le cadre de la réforme des soins de santé, on a l'intention d'imposer des frais de 5$ dans les cas de visites non justifiées dans un service d'urgence.

Deuxièmement, le ministre des Finances de la Colombie-Britannique, l'honorable Mel Couvelier, a mené un mouvement qui regroupe quelques provinces afin de prendre le contrôle complet de l'assurance-maladie avant l'échéance des sept à dix ans qu'il faudra pour que la Loi canadienne sur la santé devienne inutile. M. Couvelier a proposé que le gouvernement fédéral devrait immédiatement éliminer ses paiements de transfert au titre du financement des programmes établis en les convertissant en points d'impôt. En défendant la chose, M. Couvelier a directement remis en question les principes de l'universalité et des normes nationales. Il ne fait aucun doute que si le gouvernement fédéral ne versait plus de paiements de transfert, si la Loi canadienne sur la santé devenait lettre morte, on entreprendrait en Colombie-Brtitannique d'imposer des tickets modérateurs et d'avoir recours à des assurances privées, et peut-être. . .

M. Karpoff (Surrey-Nord): Dans six mois, M. Couvelier ne sera plus ministre. Je vous en donne ma parole.

M. Rachlis: Si vous voulez, mais je pense que cela démontre qu'il est beaucoup plus difficile pour ceux qui croient au régime d'assurance-maladie, comme la plupart d'entre vous, je l'espère, de mener dix batailles plutôt qu'une. Il ne fait aucun doute que certaines provinces, quelles qu'elles soient, à un moment ou à un autre, vont introduire une forme quelconque d'assurance-santé privée.

Je pense que des normes nationales en matière de santé sont indispensables à l'efficacité des soins de santé et à l'unité nationale. Pourquoi des normes nationales? Il y a des provinces qui posent la question, comme je l'ai mentionné plus tôt, mais je pense qu'il faut se rappeler que l'assurance-maladie n'aurait jamais existé au Canada si le gouvernement fédéral n'avait pas exercé ses pouvoirs coercitifs en matière de fiscalité, en fonction du partage égal des coûts, pour forcer les provinces à y adhérer. Sans le leadership du gouvernement fédéral, nous n'aurions jamais eu de programme national d'assurance-maladie.

La gestion publique à but non lucratif permet de maintenir les frais généraux à un faible niveau et d'assurer que l'argent est dépensé pour les soins offerts aux patients, et non pas pour une infrastructure coûteuse d'actuaires et de

[*Texte*]

arbitrarily deleted for certain illnesses or procedures. The standard of universality ensures that coverage is not deleted for certain persons. The standard of portability ensures that Canadians can receive care under similar conditions in different parts of the country. The standard of accessibility ensures that provinces that allow hospitals or physicians to levy user charges are specifically penalized. It also suggests mechanisms for achieving reasonable compensation for physicians and dentists billing under the plan.

I do not really feel that I am too out of line to say that Canadians, particularly English Canadians, have defined themselves historically as not being Americans. For English Canadians particularly, we have always said we are not like this, not like that, not like our American cousins in this way. In a group of Canadians and Americans, I think it is very common that people bring up their health care systems, particularly these days when the Americans are looking at reforms in their health care system. Canadians of all political stripes and I think from all provinces are very proud, and justly so, of the health care system we have in this country compared to what the Americans have in their country.

With the gradual elimination of other national institutions, medicare really also stands as a glowing symbol of our national identity, what makes us different from our American cousins. Can any of the members of this committee imagine a Canada where people are denied health care for financial reasons, as they are routinely in the United States of America?

Therefore, I believe the federal government is in the process of dismantling medicare. Again, I feel that given I have only really come to believe this is a serious issue within the last year, I do not believe that all members of the present government have purposefully taken the position to kill medicare. I think that probably most members of the government have not taken that position. I think particularly because Bill C-69 is a finance bill, it has not had a proper airing in the health community. I think it perhaps has slipped past many members' consciousness. I think it has slipped past many Canadians' consciousness.

Never mind. I think it still needs to be recognized now as a death knell for medicare in this country if Bill C-69 goes through. You cannot deny that there will be no more cash transfers within 7 to 10 years. That is clear. It is mathematical. When there are no further cash transfers, you cannot deny that the Canada Health Act is useless. Gil Rémillard, the Quebec Minister of Inter-Governmental Affairs, has specifically used that word: the Canada Health Act is useless.

Therefore, I feel you still have time, as I have, to convert yourselves. I think you still have time to preserve medicare. But the only way you can do that, I submit, is to discontinue these hearings, which I feel are not on topic. We cannot talk

[*Traduction*]

perception de primes. La norme de l'intégralité assure que certains soins ne sont pas éliminés arbitrairement pour certaines maladies ou certaines interventions. La norme de l'universalité assure que personne n'est exclu. La norme de la transférabilité garantit que les Canadiens peuvent recevoir des soins dans des conditions analogues dans toutes les régions du Canada. La norme de l'accessibilité permet de faire en sorte que les provinces qui permettent à des hôpitaux ou à des médecins d'imposer des tickets modérateurs sont pénalisées. Il y a aussi des mécanismes qui sont prévus pour rémunérer d'une manière raisonnable les médecins et les dentistes dans le cadre du régime.

Je ne pense pas trop me tromper en disant que les Canadiens, en particulier les Canadiens anglais, se sont toujours défendus d'être des Américains. Les Canadiens anglais, notamment, se sont toujours refusés d'être comme ceci, comme cela, comme nos cousins américains. Dans un groupe où il y a des Canadiens et des Américains, je pense qu'il arrive très souvent que l'on compare les systèmes de soins de santé qui existent dans les deux pays, en particulier depuis quelque temps, car les Américains envisagent d'apporter des modifications à leur système de soins de santé. Les Canadiens de toutes les allégeances politiques, et de toutes les provinces, je pense, sont très fiers, et à juste titre, du système de soins de santé que nous avons au Canada, comparativement à celui dont jouissent les Américains.

Avec l'élimination graduelle d'autres institutions nationales, le régime d'assurance-maladie ressort vraiment parmi les symboles de notre identité nationale, ce qui nous différencie de nos cousins américains. L'un de vous peut-il imaginer que l'on puisse refuser de fournir des soins de santé à quelqu'un pour des raisons financières au Canada comme cela arrive très souvent aux Etats-Unis?

Ceci dit, je pense que le gouvernement fédéral a entrepris le démantèlement du régime d'assurance-maladie. Je répète que n'ayant pris conscience de la gravité de la situation qu'au cours de la dernière année, je ne pense pas que tous les députés du gouvernement actuel ont décidé sciemment d'éliminer notre programme d'assurance-maladie. Ce n'est probablement pas l'attitude de la plupart des députés du gouvernement. Le projet de loi C-69 étant un projet de loi à caractère financier, il n'a peut-être pas fait l'objet de suffisamment de consultation dans le secteur de la santé. Sa portée a peut-être échappé à de nombreux députés. Je pense aussi qu'elle a échappé à bien des Canadiens.

Mais laissons cela. Je pense qu'il faut reconnaître que l'adoption du projet de loi C-69 sonne le glas du programme d'assurance-maladie au Canada. On ne peut nier qu'il n'y aura plus de paiements de transfert dans sept à 10 ans. C'est clair. C'est mathématique. Quand il ne se fera plus de paiements de transfert, vous ne pouvez nier que la Loi canadienne sur la santé sera inutile. Gil Rémillard, le ministre québécois des Affaires intergouvernementales, l'a dit en toute lettre: la Loi canadienne sur la santé est inutile.

Je pense que vous avez encore le temps, comme moi, de vous en convaincre. Vous avez encore le temps de préserver notre programme d'assurance-maladie. Mais la seule façon d'y arriver, selon moi, est d'arrêter ces audiences où vous ne

[*Text*]

about a health care system at a federal level when in fact the federal government is disavowing a role in the health care system. I feel you should spend all your time and energies convincing the Senate to amend Bill C-69, so the formula for the federal contribution for the Established Programs Financing Act is made the same as it was under the original act of 1977. That in no way will correct all the problems we have with our health care system in this country, but it will at least bring the federal government back to a meaningful role for health care in this country, and it will mean that the Canada Health Act will have teeth, so we can have national standards.

After the federal government has reasserted a role for itself in Canada's health care system, I would be more than happy to address the other issues on the committee's agenda. I think they are of interest. They are important, but I do not think they are relevant right now.

Thank you for your attention. I would be very happy to answer your questions.

• 1430

The Chairman: Thank you very much, Dr. Rachlis, for your presentation. No doubt it will bring forward a number of questions.

Ms Greene (Don Valley North): Welcome to the committee. I appreciate the opportunity to question you a little further than when we last met.

First of all, you are making the assumption with respect to Bill C-69 that the proportion of the federal contribution to medicare in Canada will continually dwindle. That seems to be based on a view that we must continue to match the provincial funding formulas, and allow medicare to grow at the whim of the provinces and under the existing funding formula. I find this conflicts with a lot of what you had to say in your book and with many of the presentations we have received.

For example, the fact that 25% to 30% of the medical care currently given in the country is harmful or inappropriate seems to me indicate that there is an awful lot of spending going on that is wasteful, and that in fact the provinces should be restraining their expenditures and perhaps matching the federal cutbacks and trying to get more value for the dollar.

Secondly, is it not apparent to you that if the national debt is not controlled, we will not have any money to spend on social programs? At this particular time the national debt payments are $41 billion, the deficit this year is about $31.5 billion, and the transfers to the provinces are $23 billion. We are continuing to accumulate more debt. We have to pay it. The people are groaning under the tax load. We have attempted to address that with the GST. Our corporate tax rates are higher than our competitive countries in many areas. It is a very difficult problem for the government.

[*Translation*]

discutez pas du véritable problème. Il ne saurait être question d'un système de soins de santé fédéral lorsqu'en fait, le gouvernement fédéral désavoue son rôle en la matière. Je pense que vous devriez consacrer tout votre temps et votre énergie à convaincre le Sénat d'amender le projet de loi C-69 de manière à rétablir la formule de contribution fédérale qui avait été prévue à l'origine dans la loi de 1977. Cela ne réglera absolument pas tous les problèmes qui existent dans notre système à l'heure actuelle, mais le gouvernement fédéral reprendra un rôle significatif en matière de soins de santé, et la Loi canadienne sur la santé aura des dents et permettra d'appliquer nos normes nationales.

Quand le gouvernement fédéral aura réaffirmé son rôle dans le contexte du système de soins de santé du Canada, je discuterai très volontiers des autres questions qui figurent au programme du comité. Elles sont importantes, mais je ne pense pas qu'elles sont pertinentes pour l'instant.

Je vous remercie de votre attention. Je répondrai maintenant volontiers à vos questions.

Le président: Merci beaucoup pour votre exposé, docteur Rachlis. Il va sûrement susciter un grand nombre de questions.

Mme Greene (Don Valley-Nord): Soyez le bienvenu au comité. Je suis heureuse d'avoir la possibilité de vous poser un peu plus de questions que la dernière fois que nous nous sommes rencontrés.

Premièrement, au sujet du projet de loi C-69, vous supposez que la proportion de la contribution du gouvernement fédéral à l'assurance-maladie au Canada va continuellement s'amenuiser. Cela semble partir de l'idée que nous devons continuer à contribuer financièrement dans la même mesure que les provinces et à permettre que le programme d'assurance-maladie gonfle au gré des provinces et selon les caprices de la formule de financement existante. Je trouve que cela va à l'encontre de bien des choses que vous avez dites dans votre livre et de ce qu'ont soutenu un grand nombre des témoins que nous avons reçus jusqu'à maintenant.

Par exemple, le fait qu'entre 25 et 30 p. 100 des soins médicaux qui sont prodigués à l'heure actuelle au pays soient néfastes ou mal choisis est pour moi une indication d'un gaspillage énorme et une confirmation du fait que les provinces devraient limiter leurs dépenses et peut-être même effectuer les mêmes coupures qu'au niveau fédéral et tenter d'optimaliser leurs ressources.

Deuxièmement, ne vous est-il pas venu à l'esprit que si nous ne contrôlons pas la dette nationale, nous n'aurons plus d'argent à consacrer aux programmes sociaux? À l'heure actuelle, les paiements à l'égard de la dette nationale sont de 41 milliards de dollars; cette année, le déficit est d'environ 31,5 milliards de dollars, et les transferts aux provinces sont de l'ordre de 23 milliards de dollars. Nous faisons encore gongler notre dette. Nous devons la rembourser. Les Canadiens se plaignent du fardeau fiscal qui leur est imposé. Nous avons essayé de régler le problème en partie au moyen de la TPS. Nos taux d'impôt sur les sociétés sont plus élevés que dans les pays qui sont nos principaux concurrents. C'est un problème très difficile pour le gouvernement.

[*Texte*]

Surely one of the things we as a country have to do is try to make sure that the dollars for social programs are really well spent; that we are not wasting the public's money. I wonder if you could respond to those remarks.

Dr. Rachlis: I think you have raised a number of issues here. I flag right away that I am not presenting myself as a tax expert, so some of those questions I am not going to feel confident in answering. I will leave it to the next witness and others to deal with these questions.

When you talk about how the provinces should do a better job and how I and others have said that the system could be more efficient, of course that is correct. But I do not feel that what the federal government is doing in any way goes to improving the efficiency of the system. I think the fiscal shocks that are being sent to the provinces. . . You might say that this is to gain their attention, and therefore they will respond in a positive way. I do not think it will work that way.

The main point I am trying to make, really, which I do not think you have dealt with in your question, is that the cash transfers are going to be ending in another 5 to 10 years. When that happens, there will effectively be no national standards for medicare. At that time we can be certain that at least in some provinces they will dismantle public health insurance. From the statements in Quebec and B.C. now, we know that if there were not an effective Canada Health Act, they would be dismantling medicare to a certain extent in their provinces.

• 1435

My point really, and I really want to focus on that, is that the cash transfers are going to be zero soon. We will no longer have national standards. Leaving the other issues you have raised, some very good ones, aside for the moment, that is the crisis that faces Canada's national health care system right now. That is the most pressing problem. Yes, we have to deal with efficiencies. Yes, we have to deal with the national debt. But we cannot forget the national standards for medicare and we have to make sure they are safeguarded.

Your other question was am I concerned about the national debt. Yes, of course I am concerned about the national debt. Maybe the public is rebelling from the debt. I do not know. I am quite happy to pay higher taxes. I would be more than pleased to pay higher taxes if they went to worthwhile programs like health care.

Ms Greene: Then is not what this committee is studying really extremely relevant, because one thing we are looking at is the funding of the health care system? Some of our other members have talked about moving into a different type of funding so we can target our money. We can use it in a better way, instead of just passing it off to the provinces, which tend to use it according to their own priorities because we are not in the position of being able to help medicare.

[*Traduction*]

En tant que pays, il ne fait aucun doute que nous devons nous assurer que l'argent que nous consacrons aux programmes sociaux est vraiment dépensé à bon escient, que nous ne dilapidons pas les deniers publics. Que pensez-vous de tout cela?

M. Rachlis: Vous avez soulevé plusieurs problèmes. Je tiens à préciser que je ne suis pas expert en matière d'impôt. Il y a donc un certain nombre de questions auxquelles je laisserai le soin au témoin suivant et à d'autres personnes de répondre.

Quand vous dites que les provinces devraient faire mieux et que j'ai dit, comme certains autres, que le système pourrait être plus efficace, vous avez évidemment raison. Mais je ne pense pas que ce que fait le gouvernement fédéral améliorera l'efficacité du système. Les chocs qu'il inflige aux provinces en matière de fiscalité. . . On peut prétendre que c'est pour attirer leur attention et qu'elles réagiront d'une façon positive. Personnellement, je n'y crois pas.

Le principal argument que je cherche à faire valoir, en réalité, et que vous n'avez pas abordé dans votre question, c'est que les paiements de transfert n'existeront plus dans 5 à 10 ans. À partir de ce moment-là, il n'y aura plus de normes nationales qui pourront s'appliquer dans le contexte de l'assurance-maladie. À ce moment-là, nous pouvons être sûrs que certaines provinces, en tout cas, démantèleront leur programme public d'assurance-santé. Si l'on en juge aux déclarations qui ont été faites dernièrement au Québec et en Colombie-Britannique, nous savons que si la Loi canadienne sur la santé devenait lettre morte, on entreprendrait de démanteler le régime d'assurance-maladie dans une certaine mesure.

J'insiste particulièrement sur le fait qu'il n'y aura bientôt plus de paiements de transfert. Nous n'aurons plus de normes nationales qui s'appliqueront non plus. Laissont de côté pour un instant les autres questions que vous avez soulevées, dont certaines sont très bonnes, je dirais que c'est-là le danger qui menace à l'heure actuelle le système national de soins de santé au Canada. C'est le problème le plus urgent. Oui, nous devons nous occuper de l'efficacité. Nous devons nous occuper de la dette nationale, oui. Mais nous ne pouvons pas négliger les normes nationales en matière de soins de santé et nous devons faire en sorte de les préserver.

Vous me demandiez aussi si je suis inquiet au sujet de la dette nationale. Oui, évidemment, la dette nationale m'inquiète. La population canadienne se rebelle peut-être contre la dette. Je ne sais pas. Je n'ai pas d'objection à payer davantage d'impôt. Je le ferais volontiers si cela servait à des programmes valables comme les soins de santé.

Mme Greene: Alors, l'objet de notre étude n'est-il pas en réalité extrêmement pertinent, puisque l'un des aspects que nous examinons est le financement du système de santé? Il y a certains de nos députés qui ont proposé d'adopter une autre formule de financement qui permettrait de mieux affecter les fonds. Nous pouvons mieux les répartir, plutôt que de nous contenter de les remettre aux provinces qui ont tendance à les utiliser en fonction de leurs propres priorités

[*Text*]

One of the suggestions was needs-based funding, a different funding formula which might complement the aims of medicare.

Dr. Rachlis: I feel that you are still avoiding the issue of the lack of national standards. You have to deal with that issue.

Ms Greene: That is part of our mandate.

Dr. Rachlis: If you do not have some measure of making sure that provinces do not allow user charges for physicians and hospital services, if you do not have some mechanism, then some provinces will surely allow that to happen and will allow private insurance to come into the field.

I am not saying that is going to be an immediate destruction of medicare, that immediately after the end of cash transfers every province will have an American-style system. But I am saying that when the cash transfers run out, some provinces will begin to move on that road and within 10 to 15 years there will be some provinces that will have health care systems which will look very much like those in the United States.

It is impossible to imagine a country that has one province with a health care system where children are dying because their parents do not have money for medical care and another province in the same country having a medicare system like we have today. A health care system very much reflects a country's culture and a country's identity. I do not feel that we can have different health care systems in two parts of the country and still have a country.

You are raising some fine issues, but you are not dealing with the fact that medicare is going to be dead in this country—

Ms Greene: I do not agree with you.

Dr. Rachlis: —when the cash transfers end. If the federal government really wishes to improve the efficiency of the system, then they would hardly cut back on the national health research and development program, which they have, and cut back on research into the efficiency and effective use of the health care system. For the amount of money in that program, about $20 to $25 million I believe, or around that—it was a ballpark figure—you could double that and get a far more effective health care system. So I really cannot believe the present federal government is that interested in creating an efficient, effective health care system in the different provinces and assisting them to do so. If they were, then they would be promoting that research program, which is the key to developing more effective and efficient programs.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I certainly support your view, Dr. Rachlis. By way of a very brief history, I had to resign from the medical association when it was trying to fight medicare in the early 1970s, and I remain committed to

[*Translation*]

puisque nous ne pouvons pas intervenir directement dans l'assurance-maladie. On a proposé une formule de financement qui serait fondée sur les besoins, une formule qui pourrait compléter les objectifs du programme d'assurance-maladie.

M. Rachlis: Je pense que vous négligez encore la question des normes nationales. Vous devez en discuter.

Mme Greene: Cela fait partie de notre mandat.

M. Rachlis: Si vous ne prévoyez aucune mesure pour empêcher que des provinces ne permettent aux médecins et aux hôpitaux d'imposer des tickets modérateurs, si vous n'avez aucun mécanisme à cet égard, certaines provinces le permettront sûrement et permettront aussi que les assureurs privés entrent dans le secteur de la santé.

Je n'affirme pas que cela entraînera immédiatement la destruction du programme d'assurance-maladie, qu'immédiatement après la fin des paiements de transfert, chaque province aura un système de soins de santé à l'américaine. Je dis seulement que lorsque les paiements de transfert seront devenus une chose du passé, certaines provinces commenceront à s'orienter dans cette direction, et 10 ou 15 ans plus tard, leurs systèmes de soins de santé ressembleront beaucoup à ceux qui existent aux États-Unis.

Je ne peux concevoir un pays dans lequel le système de soins de santé d'une province permettrait que des enfants meurent parce que leurs parents n'auraient pas les moyens de payer les soins médicaux nécessaires, tandis qu'une autre province bénéficierait d'un système de soins de santé comme celui que nous avons aujourd'hui. Un système de soins de santé reflète énormément la culture et l'identité d'un pays. Je ne pense pas que nous puissions continuer d'avoir des systèmes de soins de santé différents dans deux parties du pays et continuer d'appeler cela un pays.

Vous soulevez de bien belles questions, mais vous négligez le fait que le programme d'assurance-maladie n'existera plus dans ce pays...

Mme Greene: Je ne suis pas d'accord avec vous.

M. Rachlis: ...lorsque les paiements de transfert auront pris fin. Si le gouvernement fédéral souhaitait vraiment améliorer l'efficacité du système, il ne réduirait pas les crédits affectés aux programmes de recherche et de développement en matière de santé comme il l'a fait, et à la recherche sur l'utilisation efficiente et efficace du système de soins de santé. En doublant les crédits affectés à ce programme, qui sont de l'ordre de 20 à 25 millions de dollars, je pense qu'on pourrait énormément améliorer l'efficacité du système. Je ne peux donc pas vraiment croire que le gouvernement fédéral actuel est tellement intéressé à créer un système de soins de santé efficient et efficace dans les différentes provinces et à les aider à le faire. S'il en avait l'intention, il encouragerait ce programme de recherche, qui est la clé du développement de programmes plus efficaces et efficients.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Je suis tout à fait d'accord avec vous, docteur Rachlis. En passant, j'ai dû démissionner de l'Association médicale lorsqu'elle tentait de s'opposer à l'établissement du programme d'assurance-

[*Texte*]

that. I welcome your recommendation to the committe. Of course I have to check with our chair and the other members, but I assure you as a witness that I will be prepared to introduce to the committee for emergency debate the motion that we in fact suspend our proceedings so we can address the most urgent question before us, and that is the preservation of the very system we are trying to study.

• 1440

I would like to indicate to you that you have my support. In other words, I go with your view. The only way in fact for us to recover from the deficit is if we maintain the health and well-being of Canadians. It is an investment.

For the record, I should also indicate by way of comment that our researchers may want to take into account that the total deficit is not owed to a foreign country. More than 80% these, about 82%, are owed to Canadians, including to the Bank of Canada, including to the provinces, including to the citizens, and therefore this is not the equivalent of a total debt on a personal basis.

Dr. Rachlis, are there any amendments to the Canada Health Act that you would even consider at this point, knowing that you believe in medicare as I do? I would specifically call your attention to your comment in your brief where you indicated that "comprehensiveness" is a misnomer because it only addresses hospital and medical services and therefore the community services, perhaps the outpatient care on a more universal basis, is not fully covered. So I would like you to respond on whether there is even a basis to improve the present Canada Health Act.

Dr. Rachlis: One of the things that was discussed around the time of the Canada Health Act was that the federal government, while maintaining block funding for the established programs, could move to cost sharing for certain programs. The example given was to establish cost sharing for certain home care programs to get them off the ground in certain provinces.

That is something worth exploring: for new program areas, does the federal government have a role in encouraging the provinces to get into these areas by offering 50:50 cost sharing for a certain period of time before they are judged to have become established programs?

A very important issue is the question of health research—not just the lab research that is funded through the Medical Research Council, but the research of the sort I was referring to with the national health research and development program. We spend about $50 billion a year in this country on health care, and we spend very little money, maybe $10 million, $20 million, $30 million all over the country combined, in looking at how to make the system more effective and more efficient, the issues Ms Greene referred to. When you are spending something less than 0.1% on research and development, how can you expect to have an efficient company or program? So we need to spend

[*Traduction*]

maladie au début des années 1970, et je demeure convaincu que j'avais raison. Je trouve votre recommandation très bonne. Evidemment, je dois vérifier auprès du président et des autres membres du comité, mais je vous assure que je serai disposé à présenter au comité, pour un débat d'urgence, une motion voulant que nous suspendions nos audiences de manière à pouvoir entreprendre de discuter du problème le plus urgent que nous devons régler, à savoir la préservation du système même que nous tentons d'étudier.

Je vous signale que je vous appuie. Autrement dit, je suis d'accord avec vous. La seule façon dont nous allons pouvoir rembourser notre dette, c'est en maintenant les Canadiens en santé. C'est un investissement.

Soit dit en passant, je préciserai aussi à nos attachés de recherche qu'ils doivent tenir compte du fait que notre dette nationale n'est pas une somme que nous devons entièrement à un autre pays. Une proportion de plus de 80 p. 100, de cette dette, d'environ 82 p. 100, est due à des Canadiens, entre autres, à la Banque du Canada, aux provinces, aux citoyens canadiens, et par conséquent, ce n'est donc pas comme une dette personnelle.

Docteur Rachlis, y a-t-il des modifications que vous envisageriez d'apporter à la Loi canadienne sur la santé, sachant que vous croyez autant que moi au programme d'assurance-maladie? J'attire particulièrement votre attention sur l'endroit où vous dites, dans votre mémoire, que le terme «intégralité» est mal choisi, parce qu'il ne concerne que les services hospitaliers et médicaux, et que par conséquent, les services communautaires ne sont peut-être pas complètement prévus sur une base universelle. Y a-t-il lieu d'améliorer la Loi canadienne sur la santé?

M. Rachlis: L'un des aspects dont on a discuté avant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé était que le gouvernement fédéral, tout en maintenant un financement global en fonction des programmes établis, pourrait partager le coût de certains autres programmes. L'exemple que l'on donnait alors voulait que l'on établisse des programmes de cofinancement visant certains programmes de soins à domicile afin de permettre leur mise en oeuvre dans certaines provinces.

C'est une idée qu'il vaut la peine d'examiner: dans le cas des nouveaux programmes, le gouvernement fédéral doit-il encourager les provinces à s'y engager en leur offrant la possibilité d'un financement à part égale pour une certaine période avant que ces programmes ne deviennent des programmes établis?

La recherche en matière de santé est une question très importante—pas seulement la recherche en laboratoire qui est financée par le Conseil de recherches médicales, mais le genre de recherche auquel je faisais allusion dans le cadre du programme national de recherche et de développement en matière de santé. Nous consacrons environ 50 milliards de dollars par année aux soins de santé dans notre pays, et nous n'en consacrons que très peu, peut-être 10, 20 ou 30 millions de dollars, dans l'ensemble du pays, à chercher des moyens d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système, ce à quoi M^me^ Greene faisait allusion. Quand on consacre moins de 0,1 p. 100 à la recherche et au développement, comment

[*Text*]

a lot more money on health services research, on what are the most effective ways to organize the health care system.

The reason why individual provinces balk at this kind of research themselves is of course that then another province, for the cost of photocopying, would have the results of that research study. So it is only sensible for that kind of research to be conducted at a federal level.

I firmly believe there is a very strong federal role for the federal government in health care, and I think that when the British North America Act was written in 1867 the reason why health care was given to the provinces—and maybe this is something the next witness will be better qualified to talk about than I am—was that in 1867 health care really was a few physicians, unorganized in most provinces, without licensing bodies, and a few hospitals that were basically places for people to die. So the provinces got responsibility for health care because the federal government did not see that it was an important area. Now it is a very important area. It is typically the largest sphere of economic activity in any province, and the federal government has major roles in promoting an effective, efficient system, and promoting research in particular.

• 1445

Mr. Karpoff: I wish to make a couple of corrections. Some of us have been speaking about Bill C-69 for some quite some time. I spoke against it in June. I have asked questions of the minister along the same line, asking what is he going to do to enforce medicare when the transfer payments. . .the calculation is that in Quebec it will stop by 1995. That is four years away, not seven years away, and there will be no cash transfer. I agree with you that it does threaten a national health care program.

I think that the whole question of taxes and the debt is a bugaboo. In fact I have some sneaking suspicions that the Tory government has allowed the debt to creep up in order to do away with social programs because they want to do that. They could have dealt with the national debt by keeping interest rates lower. By not reducing corporation tax, by not reducing taxes for the wealthy, and by plugging tax loopholes we would not have the national debt that we have now. I think that the national debt is being used as an excuse and that they have allowed the national debt to creep up.

The other thing is that the attack on medicare is not something new. It started under the Liberal government. The Liberal governments restricted the payments under the six and five program.

[*Translation*]

peut-on espérer qu'une société ou un programme soit efficace? Nous devons donc investir bien davantage dans la recherche sur les services de santé, pour trouver les façons les plus efficaces d'organiser le système de soins de santé.

La raison pour laquelle les provinces sont réticentes à investir davantage dans la recherche, c'est évidemment parce qu'une autre province pourrait obtenir les résultats de cette recherche pour le prix des photocopies. Ce genre de recherche ne peut donc s'effectuer qu'au niveau fédéral.

Je suis fermement convaincu que le gouvernement fédéral a un rôle très important à jouer dans le domaine de la santé, et je pense que lorsque l'Acte de l'Amérique du Nord Britannique a été rédigé, en 1867, ce pourquoi la santé a été confiée aux provinces—et le témoin que vous recevrez tout à l'heure est peut-être mieux qualifié que moi pour vous en parler—c'est qu'en 1867, les soins de santé se résumaient en réalité à quelques médecins, qui n'étaient aucunement regroupés dans la plupart des provinces, sans organisme d'agrément, et à quelques hôpitaux qui étaient en quelque sorte des endroits où les gens allaient mourir. Les provinces se sont donc vu attribuer la responsabilité des soins de santé parce que le gouvernement fédéral ne considérait pas que c'était un domaine important. Or, il se trouve que c'est un domaine très important aujourd'hui. La santé est probablement la sphère d'activité économique la plus importante dans toutes les provinces, et le gouvernement fédéral a des responsabilités importantes à l'égard de l'efficacité et de l'efficience du système, et notamment de la recherche.

M. Karpoff: Je veux apporter une ou deux précisions. Certains d'entre nous discutent du projet de loi C-69 depuis passablement de temps. J'ai soulevé un certain nombre d'objections en juin. J'ai posé quelques questions au ministre. Je lui ai demandé comment il allait appliquer le programme d'assurance-maladie lorsque les paiements de transfert. . .au Québec, les paiements doivent se terminer en 1995. C'est dans quatre ans et non pas sept que cesseront les paiements de transfert. Je suis d'accord avec vous que cela est une menace pour notre programme national de soins de santé.

Je pense que toute la question des impôts et de la dette est de la frime. En fait, je ne serais pas étonné que le gouvernement conservateur ait laissé augmenter la dette pour se débarrasser de quelques programmes sociaux parce c'est ce qu'il veut. Il aurait pu régler la question de la dette nationale en maintenant les taux d'intérêt à un niveau plus bas. Si l'on ne réduisait pas l'impôt sur les sociétés et l'impôt que doivent payer les riches, et si l'on éliminait les échappatoires, la dette nationale ne serait pas aussi élevée qu'elle l'est à l'heure actuelle. Je pense que les conservateurs utilisent la dette nationale comme une excuse et qu'ils ont permis qu'elle augmente.

Ce n'est pas la première fois que l'on s'attaque au programme d'assurance-maladie. Cela a débuté avec les libéraux. Les gouvernements libéraux ont limité les paiements lorsqu'ils ont imposé le programme des 6 et 5 p. 100.

[*Texte*]

You are saying that you yourself, even though you have been involved in health care, have only recently become aware of the threat. What suggestions do you have so that we can get the public to understand the threat to national medicare? The public is not aware, and despite what we have tried to do over the last several months we have not been able to convince them that medicare, as we know it, is under threat. The minister says, oh, it is not; we will defend it to our death. But at the same time he takes away everything he has to defend it.

Dr. Rachlis: Are you asking me what can be done to make people aware of this issue?

Mr. Karpoff: Yes.

Dr. Rachlis: I think that the issue has to be made a little simpler for people. I have watched and listened to the Minister of Health and Welfare on this and I had the opportunity to discuss this with Ms Greene on another occasion. I feel that if you do not believe that the cash transfers will end then you should say so and then debate that. And if you do agree the cash transfers are going to end, then do you agree that the Canada Health Act has no teeth? Let us debate that. If you agree that at that point the Canada Health Act has no teeth, then we have to have a debate about whether or not it is important to have national standards.

What I object to, quite frankly, is the assertion that medicare is in no trouble and that the Canada Health Act will remain an effective act, because I do not think that is intellectually honest. I am quite happy to debate the issues on their own merits, and I am quite willing to believe that reasonable people could hold different positions. But I do believe that the issue has been obscured for the Canadian public by the maintenance—whether it is intentioned, or unintentioned—by the minister and others that the Canada Health Act will still be an effective piece of legislation, because it will not be. It is clearly not only people like me who are saying this. I think that people like Mr. Couvelier and Gil Rémillard are also saying exactly the same thing.

It is important to debate these issues. I am more than prepared to believe that I could be wrong on some of the points along the way. But let us not pretend that the Canada Health Act is going to be worth anything in another 10 years. It will not be.

Mr. Karpoff: My only comment is that from the information I have is that it is not 10 years. With the Province of Quebec, which will be the first one because of the transfer of tax points, actual cash transfers will cease in 1995, in another four or five years. In Ontario it will be in 1998.

[*Traduction*]

Même si vous travaillez dans le domaine de la santé, vous reconnaissez n'avoir perçu la menace que depuis très peu de temps. Que proposez-vous que nous fassions pour que la population comprenne la menace qui plane sur notre programme national d'assurance-maladie? Elle n'est pas au courant, et malgré tous les efforts que nous avons faits depuis plusieurs mois, nous ne sommes pas arrivés à la convaincre que l'assurance-maladie, comme nous la connaissons aujourd'hui, est menacée. Le ministre dit bien que ce n'est pas le cas, qu'il va défendre le programme jusqu'à la mort. Mais en même temps, il se départit de toutes les armes qu'il possède pour le défendre.

M. Rachlis: Vous me demandez ce que nous pouvons faire pour mettre les gens au courant de ce qui se passe?

M. Karpoff: Oui.

M. Rachlis: Je pense qu'il faut d'abord simplifier un peu les choses. J'ai écouté ce qu'avait à dire le ministre de la Santé et du Bien-être social sur la question, et j'ai eu la chance d'en discuter avec M^me^ Greene à une autre occasion. Je pense que si vous ne croyez pas que les paiements de transfert vont prendre fin, vous devez alors le dire et en discuter. Et si vous admettez que les paiements de transfert vont prendre fin, admettez-vous alors que la Loi canadienne sur la santé n'a aucun mordant? Discutons-en. Et si vous êtes d'accord que la Loi canadienne sur la santé n'a pas de mordant, il faut alors discuter de l'importance des normes nationales.

Ce à quoi je m'oppose, pour être franc, c'est l'affirmation que le régime d'assurance-maladie n'est pas en difficulté et que la Loi canadienne sur la santé demeurera une loi efficace, parce que je ne pense pas que ce soit intellectuellement honnête. Je suis tout à fait disposé à discuter des avantages et des inconvénients de quoi que ce soit, et je reconnais volontiers que l'on puisse avoir des opinions différentes. Mais je pense que le ministre et certaines autres personnes ont dissimulé la réalité à la population canadienne en entretenant l'idée—d'une façon intentionnelle ou non—que la Loi canadienne sur la santé restera efficace, parce que ce ne sera pas le cas. Je ne suis vraiment pas le seul à tenir de tels propos. Des gens comme M. Couvelier et Gil Rémillard disent exactement la même chose.

Il est important de débattre de ces questions. Je suis tout à fait disposé à admettre que je peux me tromper sur certains aspects. Mais ne prétendons pas que la Loi canadienne sur la santé vaudra encore quelque chose dans 10 ans. Elle ne vaudra plus rien.

M. Karpoff: La seule observation que je ferai là-dessus, c'est que cela viendra avant 10 ans. Pour la province de Québec qui sera la première province où les paiements de transfert expireront, en raison du transfert des points d'impôt, les transferts prendront fin en 1995, dans quatre ou cinq ans. En Ontario, ce sera en 1998.

[*Text*]

• 1450

People have said that there is a section in the Canada Health Act that allows the federal government to assess punitive penalties. It has never been used and it is not clear. Have you any comments on that section? Some people have interpreted this section to allow the federal government to levy punitive penalties if a province attempts to move away from the national standards.

Dr. Rachlis: My reading of the Canada Health Act, and I have gone through this a few times over the last month, is that only the cash contribution can be withheld. There is absolutely no provision to go back on the 1977 agreement and grab back those tax points. I do not see that there is any possibility to withhold any other money, for example, equalization payments. My reading of the act—and again you might question Dr. Courchene on this as well—is that only the cash contribution can be withheld. When there are no further cash contributions, nothing in the Canada Health Act allows the federal government to enforce medicare.

Mr. White (Dauphin—Swan River): Welcome Dr. Rachlis. In the few minutes I have I want to make a couple of comments and ask you a question.

First of all I am going to ignore Mr. Karpoff's conspiracy theory; the absurdity of it does not deserve any more comment than that.

In your brief you talk about the original program under the EPC act set up in 1977. As government Members of Parliament we have an added responsibility. We have to try to determine where the money is going to come from. The original act of 1977 was set up in such a way that—it has been determined twice—there just was not enough money. It is my opinion that the act was set up in the first place without any regard to where the money was eventually going to come from. I do not take a back seat to anyone when it comes to social conscience, but I have to try to determine where the money is going to come from.

You talk about intellectual dishonesty. I want to make two points. First of all, you say that the committee's work is irrelevant. Our mandate is consideration of the health care system in Canada and its funding. I would say to you that in many ways your brief is irrelevant in that you recommend increased spending in health care and do not tell us where that money is going to come from.

You state that our medicare system is the envy of the world and yet you are saying that the government is allowing it to die. Unless I am misreading your brief, your solution is to keep spending. The question I would ask you is quite honest and straightforward: where do we get the money to keep spending in an ever-increasing exponential way? Where does the money come from? For every dollar the government has, there is $20-worth of demands. Somebody is not going

[*Translation*]

J'ai entendu dire qu'un article de la Loi canadienne sur la santé autorise le gouvernement fédéral à imposer des pénalités, à titre de sanction. Cependant, cet article n'a jamais été invoqué et cette interprétation n'est pas claire. Que pouvez-dire là-dessus? D'aucuns estiment que cet article autorise le gouvernement fédéral à imposer des pénalités si une province tente de s'écarter des normes nationales.

M. Rachlis: Durant le dernier mois, j'ai eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises la Loi canadienne sur la santé, et mon interprétation est que seule la contribution pécuniaire peut être retenue. Il n'existe strictement aucune disposition de la loi permettant de remonter à l'Accord de 1977 pour récupérer des points fiscaux. Je ne vois par ailleurs aucune possibilité de retenir d'autres sommes, par exemple des paiements de péréquation. Vous pourrez poser la question à M. Courchene, mais mon interprétation de la Loi est que seule la contribution pécuniaire peut être retenue. S'il n'y a pas d'autres contributions pécuniaires, rien dans la Loi canadienne sur la santé ne permet au gouvernement fédéral d'imposer le respect du régime d'assurance-maladie.

M. White (Dauphin—Swan River): Bienvenue docteur Rachlis. Durant les quelques minutes qui me sont attribuées, je voudrais faire quelques commentaires puis vous poser une question.

Je vais tout d'abord laisser de côté la théorie de la conspiration de M. Karpoff, qui me paraît tellement absurde qu'elle ne mérite strictement aucun commentaire.

Vous parlez dans votre mémoire du programme originel, mis en place en 1977 dans le cadre de la Loi sur les programmes établis. À titre de députés du parti gouvernemental, nous avons la responsabilité de déterminer l'origine des crédits dont nous avons besoin. On a déjà confirmé à deux reprises que la loi originelle de 1977 ne prévoyait pas de crédits suffisants. A mon avis, cette loi avait été conçue sans tenir compte du tout de l'origine des fonds qui seraient nécessaires. Ma conscience sociale est aussi vive que celle des autres, mais cela ne m'empêche pas de me demander où nous allons bien trouver cet argent.

Comme vous avez parlé de malhonnêteté intellectuelle, je voudrais dire deux choses à ce sujet. Premièrement, vous estimez que le travail du comité n'est pas pertinent. Notre mandat consiste à étudier le système de soins de santé du Canada, ainsi que son financement. Quand je lis votre mémoire, je suis obligé de conclure que c'est lui qui n'est pas pertinent, car vous recommandez d'augmenter les dépenses de santé mais sans nous dire d'où devraient venir les fonds.

Vous affirmez que notre système d'assurance-maladie fait l'envie du monde entier, mais cela ne vous empêche pas de dire plus loin que le gouvernement le laisse mourir. A moins que je n'ai pas compris votre mémoire, votre solution est de continuer à augmenter les dépenses. Ma question sera donc très honnête et très simple: où allons-nous trouver l'argent pour continuer à dépenser, de manière exponentielle? Chaque fois que le gouvernement trouve un dollar de recette,

[*Texte*]

to be happy when decisions are made, and the provinces have to be expected to hold up their end of the bargain.

With all honesty, to help us with our committee's report, how do we get the money to make these changes? Whenever the matter of user fees is brought up, it injures everybody's social conscience; it fosters outrage in everybody who disagrees with these. I think as a committee we have to sit down, and these are some of the points that we have to consider. Whether we want to or not, we have to consider this type of thing in the interest of the health care system.

You believe in medicare as strongly as I do. I think where we differ is in how we preserve it. I would be interested in your answers or comments.

Dr. Rachlis: I want to make it very clear that I am not necessarily recommending increased funding for health care. I believe very much that, if anything, we should hold the line on spending for acute hospital and physician care. I think we do have a crisis in this country. We are producing doctors at a much faster rate than population. I think most health economists and health policy people would identify that the major determinant of health care spending is the number of hospital beds and physicians you have. So I am not in any way saying that we should necessarily increase spending. I am saying there is a major problem, which I do not think people are aware of necessarily, and that is that the cash transfers are going to go to zero shortly, at some point, and as a result the Canada Health Act is an ineffective piece of legislation for maintaining national standards.

• 1455

In fact, you could take from my comments that as little as a few hundred million dollars left as cash transfers might be enough to enforce national standards. For example, we saw that several provinces, notably Alberta, which had a government that was quite in favour of user charges legislatively or by negotiation, ended the practice of physician extra billing. When Alberta ended extra billing, as near as I can recall, and I am not 100% sure of my figures, for the amount of extra billing in that province the federal penalty was only $10 million or $20 million a year at the most. In Ontario it was $50 million. That little amount of federal withholding was enough to convince the province to end extra billing. Just being a very technical adviser to you, in fact if you really want to maintain national standards, it looks like not very much money is required as a cash transfer under EPF.

Mr. White: Are you not aware that the Canada Health Act does not say anything about national standards? It talks about national objectives. If we are talking about standards, we are talking about something much more profound. It would give the federal government a lot more power than it has under the Constitution if we had national standards.

[*Traduction*]

on lui présente 20$ de dépenses possibles. Nous allons donc devoir prendre des décisions qui feront manifestement des mécontents, et il va falloir que les provinces assument une partie des responsabilités.

Je pose à nouveau ma question: où allons-nous trouver l'argent pour faire ces changements? Chaque fois que l'on parle de ticket modérateur, certaines consciences sociales sont blessées et les manifestations d'outrage ne manquent pas. A mon avis, ce sont là les questions fondamentales que doit examiner notre comité. Que cela nous plaise ou non, nous devons prendre le taureau par les cornes, si nous voulons préserver notre système de soins de santé.

Vous croyez autant que moi à la validité de notre programme d'assurance-maladie, mais je pense que c'est au chapitre des méthodes requises pour le préserver que nous divergeons. Qu'en pensez-vous?

M. Rachlis: Je tiens à dire très clairement que je ne recommande pas nécessairement d'augmenter les dépenses de santé. En fait, je suis fermement convaincu que nous devrions maîtriser nos dépenses consacrées aux soins aigus, en hôpital ou en pratique privée. Notre pays fait face à une crise, il produit des médecins en beaucoup plus grand nombre que ne le justifie la croissance démographique. Je crois que la plupart des économistes de la santé, et des responsables des politiques correspondantes, reconnaissent que le principal facteur des dépenses de santé est le nombre de lits d'hôpital et de médecins dont on dispose. Je ne recommande donc pas du tout que nous augmentions nécessairement les dépenses. Je dis qu'il y a là un problème grave, dont les gens ne sont pas nécessairement conscients, et que les paiements de transfert vont bientôt être réduits à zéro, ce qui signifie que la Loi canadienne sur la santé est en fait un texte inefficace si l'objectif est de maintenir des normes nationales.

En fait, vous pouvez conclure de mon témoignage qu'il suffirait d'aussi peu que quelques centaines de millions de dollars à titre de paiements de transfert pour faire respecter les normes nationales. Par exemple, nous avons vu que plusieurs provinces, notamment l'Alberta, dont le gouvernement était largement en faveur de l'imposition, législative ou négociée, de tickets modérateurs, ont mis un terme à la surfacturation. Si je me souviens bien, quand l'Alberta a aboli cette pratique, la pénalité fédérale représentait au plus 10 à 20 millions de dollars par an, mais je ne suis pas tout à fait sûr de mes chiffres. Quoi qu'il en soit, en Ontario, c'était 50 millions de dollars. Cette retenue fédérale minime a cependant suffi pour convaincre la province d'abolir la surfacturation. Donc, sur un plan purement technique, si vous voulez vraiment préserver des normes nationales, j'ai l'impression que ça ne coûtera pas très cher en paiements de transfert.

M. White: Ne savez-vous pas que la Loi canadienne sur la santé ne contient strictement aucune disposition sur les normes nationales? Elle parle d'objectifs nationaux. Si vous voulez parler de normes, vous abordez quelque chose de beaucoup plus précis. En fait, si nous avions des normes nationales, le gouvernement fédéral aurait beaucoup plus de pouvoir que lui en donne la Constitution.

[*Text*]

Dr. Rachlis: You are right. The actual words within the act are "program criteria". Perhaps it is a matter of semantics. I am using a word that many others tend to use, including Mr. Couvelier in a recent presentation he made. A lot of people use the phrase "national standards" in the Canada Health Act, and technically, yes, they are called "program criteria". But in that they ensure a certain uniformity of public health insurance across the country, I feel that they certainly can be called national standards. One of those standards is that there should not be user charges for acute hospital care and physician care, and if a province does allow those, then in no way will it or its institutions or physicians benefit.

As to the second part of your question about user charges, I want to flag, as I think other people have said before this committee, that user charges are intuitively appealing. But as Bob Evans, a professor of economics at the University of British Columbia has referred to them, they are zombie ideas. They are ideas that should have been dead a long time ago but have returned from the grave to wreak havoc. User charges do not control costs. Intuitively they should control costs, because if you have to pay to go to see a doctor, then you will not go as frequently. This of course obscures the fact that most costs of health care are initiated by physicians when they decide what treatments you should receive.

Secondly, they do not improve the appropriateness of care. Intuitively it sounds like, well, if you or a physician has to make a decision and it is going to cost you money, then the most prudent treatment regimen will be implemented, but of course we know from some very good research that user charges do not improve the appropriateness of care. What happens, rather, is that the number of services consumed by certain groups, notably the poor, are decreased, but the appropriateness of delivery of care is not improved in any way.

Finally, user charges do not in fact control overall costs. You can transfer costs from the public sector to the private sector, but the major lesson, I think, from the United States is that their health care system has more user charges than any other system in the world and their health care system is also the most expensive in the world. So user charges may control the public expenditures, but overall expenditures increase as physicians in particular are allowed to bill what they feel they would like to bill.

• 1500

Mr. White: I would like to get back to this point about the cash transfers. You mentioned the fact that you are not a tax expert when you responded to Ms Green's question, but you seemed quite convinced that, based on the intricacies of Bill C-69, the cash transfers will somehow be down to zero before the end of the decade.

[*Translation*]

M. Rachlis: C'est vrai. La loi parle en fait de critères de programme. C'est peut-être simplement un problème de sémantique. J'utilise pour ma part souvent une expression qu'emploient beaucoup d'autres, notamment M. Couvelier, qui l'a fait durant un récent exposé, à savoir «normes nationales», alors qu'il s'agit uniquement de «critères de programme», si on veut être très précis. Quoi qu'il en soit, ces critères garantissent une certaine uniformité des régimes publics d'assurance-maladie dans tout le pays, ce qui me permet de dire qu'il s'agit en fait de normes nationales. L'une de ces normes est qu'il ne doit pas y avoir de tickets modérateurs pour les soins aigus fournis par les hôpitaux et les médecins et que, si une province les autorise, ni ces établissements de santé, ni ces médecins ne peuvent en profiter.

En ce qui concerne la deuxième partie de votre question sur les tickets modérateurs, il est vrai, comme d'autres témoins l'ont dit au comité, qu'ils présentent un attrait incontestable. Cependant, comme l'a souligné Bob Evans, professeur d'économie à l'Université de la Colombie-Britannique, c'est une idée fantomatique. C'est une idée qui aurait dû mourir il y a longtemps mais qui ne cesse de sortir de sa tombe. Le ticket modérateur ne permet pas de maîtriser les coûts. Certes, on peut penser le contraire car, si quelqu'un doit payer pour aller chez le médecin, on peut supposer qu'il n'ira pas aussi souvent. Ce raisonnement ne tient cependant pas compte du fait que la plupart des coûts de la santé sont produits par les médecins eux-mêmes lorsqu'ils choisissent la manière dont il vont traiter les malades.

Deuxièmement, le ticket modérateur n'améliore pas le caractère approprié des soins. Évidemment, quand quelqu'un, le malade ou le médecin, doit prendre une décision de traitement qui va coûter de l'argent, on est porté à croire que c'est le traitement le plus prudent qui sera choisi. Bon nombre de recherches très sérieuses ont cependant montré que le ticket modérateur n'a aucun effet sur la nature des soins. En fait, l'effet du ticket modérateur semble être simplement de diminuer le nombre de services consommés par certains groupes de la population, notamment les pauvres, mais sans améliorer du tout l'efficacité des soins.

Finalement, le ticket modérateur n'exerce aucun contrôle sur les coûts globaux. On peut transférer la responsabilité des coûts du secteur public vers le secteur privé, mais la principale leçon à tirer du système américain est que, même si on y trouve plus de tickets modérateurs que n'importe où ailleurs au monde, c'est aussi le système qui coûte le plus cher au monde. Donc, le ticket modérateur permet peut-être de maîtriser les dépenses publiques, mais les dépenses globales augmentent lorsque les médecins, notamment, ont le droit de facturer ceux qu'ils veulent.

M. White: Je voudrais revenir à la question des paiements de transfert. En répondant à M^me^ Green, vous avez dit que vous n'êtes pas un fiscaliste, mais vous sembliez quand même tout à fait convaincu que les paiements de transfert en seraient peu à peu ramenés à zéro d'ici la fin de la décennie, à cause des arcanes du projet de loi C-69.

[*Texte*]

Do you have any definitive evidence to prove that point to the committee? Even though philosophically we are looking at the issue quite differently, I am very open to any information that you may have for us. I would like to have all the information available so that I can have proper input into the committee's final report. So if you have any evidence, I would be willing to have a look at it.

Dr. Rachlis: I know that historically the Quebec government has led the provinces, mainly Quebec and Manitoba, in their analysis of this issue. Although this would now be pre-Bill C-69, but after Bill 96 passed in 1986, the Quebec budget of 1987-88 had quite good exposition of the issue. You might take a look at that document for further description.

I am in possesion of this document from the Department of Finance called "Federal-Provincial Programs and Activities". On page 13-2 of this document, the payments under the Established Programs Financing Act are compared for the provinces from 1988-89 fiscal to 1989-90 fiscal. In that one year the cash transfers diminished in absolute amounts from $9.325 billion to $9.247 billion, and taking account of inflation, therefore there is probably about a 5% decline in the cash transfers.

With the freezing of the cash transfers for 1990-91 and 1991-92, under Bill C-69, and then with the cutbacks to 3% below the growth in GNP, I think it is quite clear that at some point in the future the cash transfers are going to disappear. It depends, amongst other things, on one's estimate about the growth of the economy over the next five to ten years as to exactly when that will happen.

The main point is that the cash transfers are going to disappear in the foreseeable future. I think that point is undebatable. It is certainly going to happen.

Mr. White: I honestly cannot accept what you are saying about the cash transfers. I would have to see something more definitive before I would accept that, because I have also seen figures from the Department of Finance. That goes some years into the future and it paints quite a different picture.

Dr. Rachlis: Have you seen their estimates after Bill C-69 and what the impact of Bill C-69 will have?

Mr. White: Yes, I have. I did not bring the booklet with me, but I was on the legislative committee for Bill C-69 and I have all the material. That point was never brought to our attention through all the hearings that we had on Bill C-69, to my recollection. I have not seen such figures. I would want to see something much more definitive before I would accept the fact that the cash transfers would be going to zero some time in the future.

Mr. Pagtakhan: I have a point of order, Mr. Chairman. In light of your comment to a colleague and the document he was reading from, may I request at this point that the document be tabled as part of the submission of the witness.

Ms Greene: Could we have Gilles Loiselle appear before the committee to comment on this?

[*Traduction*]

Avez-vous une preuve quelconque à nous donner à ce sujet? Même si nous ne voyons pas du tout le problème du même oeil, je suis tout à fait prêt à recevoir toute information à ce sujet, car nous en tiendrons compte dans notre rapport final.

M. Rachlis: Le gouvernement du Québec, et aussi celui du Manitoba, sont ceux qui ont le mieux analysé cette question. Après l'adoption du projet de loi 96 en 1986, et je sais que cela est antérieur au projet de loi C-69, le gouvernement du Québec avait produit dans son budget de 1987-1988 une excellente analyse du problème. Je vous la recommande.

Cela dit, j'ai entre les mains un document du ministère des Finances intitulé «Programmes et activités fédéraux-provinciaux». A la page 13-2 de ce document, on trouve une comparaison des sommes payées aux provinces de 1988-1989 à 1989-1990 au titre de la Loi sur le financement des programmes établis. Durant cette seule année, on constate que les paiements de transfert sont passés de 9,325 milliards de dollars à 9,247 milliards. Si on tient compte de l'inflation, cela représente une baisse d'environ 5 p. 100.

Avec le gel des paiements de transfert en 1990-1991 et 1991-1992, du fait du projet de loi C-69, et avec le plafond de 3 p. 100 en-dessous de la croissance du PNB, il est bien évident que les paiements de transfert vont s'amenuiser puis, finalement, disparaître. Quant à savoir si cela se produira dans les cinq ou les dix prochaines années, tout dépendra, entre autres, du taux de croissance de l'économie.

Cela dit, il est incontestable que les paiements de transfert vont disparaître, dans un avenir pas trop éloigné. Cela ne me paraît faire aucun doute.

M. White: Je ne peux honnêtement pas accepter votre conclusion. Vous devrez me donner des informations beaucoup plus concrètes, car j'ai vu moi aussi des chiffres du ministère des Finances qui présentent un tableau tout à fait différent.

M. Rachlis: Avez-vous vu les prévisions du ministère après l'entrée en vigueur du projet de loi C-69?

M. White: Oui. Je n'ai pas apporté le document avec moi mais j'ai reçu toutes ces informations lorsque je faisais partie du comité législatif saisi du projet de loi C-69. D'ailleurs, si je me souviens bien, cette hypothèse n'a jamais été avancée durant toutes les audiences que nous avons consacrées à ce projet de loi. Je n'ai jamais vu de chiffres semblables aux vôtres. Donc, si vous voulez me convaincre que les paiements de transfert vont être réduits à zéro dans un certain nombre d'années, vous devrez me donner des chiffres beaucoup plus solides.

M. Pagtakhan: Un rappel au Règlement, monsieur le président. Etant donné ce que vous avez dit à l'un de nos collègues au sujet du document qui était lu, puis-je demander que le document soit déposé devant le comité, dans le cadre du témoignage actuel?

Mme Greene: Pourrions-nous demander à Gilles Loiselle de venir témoigner devant le comité à ce sujet?

[*Text*]

Mr. Karpoff: If we are going to get into hearing provincial people, I would be delighted that we have all of them.

Ms Greene: He is federal. This was brought up on the *Morningside* program and I think it is a major issue. It is being debated in the Senate. I think we should have the proper information, because I do not agree. I think what he is assuming is based on—

The Chairman: We will deal with the first item first, the tabling of the material. Would you be agreeable to leaving the information with the committee?

• 1505

Dr. Rachlis: Sure, although I have only part of this document and you might want to take a look at the whole document, which is from the Department of Finance. I can indicate this to your research staff.

The Chairman: Is that agreeable, Dr. Pagtakhan?

Mr. Pagtakhan: I would like to table it specifically, because I think it will sustain that you use your argument on the basis of the document that you have. What we do thereafter will be our initiative.

The Chairman: Is the committee agreed to that?

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Do you wish to raise the other item at this time or not?

Ms Greene: Yes. I would like to make a motion that we request the President of Treasury Board, Gilles Loiselle, to appear before the committee on this issue.

The Chairman: At a future time and date that can be mutually arranged with the minister and the committee?

Ms Greene: Yes.

Mr. Pagtakhan: On that point, I certainly support the motion. I would only request that it be done long before the conclusion of our hearings.

Ms Greene: I anticipate that this would be, in our consideration of our report, an issue we would want to clarify. Is it not?

Mr. Karpoff: I would be quite agreeable, but I think we should also have people from the CCSD and maybe somebody from the Province of Quebec—Rémillard has said that it is going to be done by 1995, so it is irrelevant—and Mel Couvelier. We should ask the B.C. government. So it would be the two provincial governments who have been leading it by saying that it is going to be done, plus the CCSD, which has done an analysis, and the minister.

So I would like to make an amendment that we have all four people requested to appear.

Mr. White: On a point of order, since the figures I spoke of, and also the figures Dr. Rachlis mentioned, were from the Department of Finance, I do not know if we have to expand our witness list beyond those representatives from the

[*Translation*]

M. Karpoff: Si nous commençons à convoquer des représentants des provinces, je serais très heureux qu'ils le soient tous.

Mme Greene: C'est un ministre fédéral. Cette question a été évoquée à l'émission *Morningside*, et je crois qu'elle est importante. Elle fait l'objet d'un débat au Sénat. Comme je ne suis pas d'accord avec la conclusion qu'on nous a présentée, j'aimerais avoir des informations incontestables. Je crois que le témoin prend pour hypothèse. . .

Le président: Prenons les choses dans l'ordre. Tout d'abord, le dépôt du document. Etes-vous prêts à déposer ce document devant le comité?

M. Rachlis: Certainement. Je n'ai cependant avec moi qu'une partie du document. Si vous souhaitez obtenir le document complet, qui vient du ministère des Finances, j'indiquerai à vos attachés de recherche à qui ils peuvent s'adresser.

Le président: Cela vous convient-il, monsieur Pagtakhan?

M. Pagtakhan: Je crois que vous devriez déposer la partie du document que vous avez entre les mains, car vous vous en êtes servi pour présenter votre argument. Ce que nous ferons après, nous verrons bien.

Le président: Êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Voulez-vous maintenant faire une autre proposition?

Mme Greene: Oui. Je voudrais proposer que nous demandions au président du Conseil du Trésor, Gilles Loiselle, de venir témoigner devant notre comité à ce sujet.

Le président: À une date qui nous conviendra mutuellement?

Mme Greene: Oui.

M. Pagtakhan: Je n'hésite pas du tout à appuyer la motion. Mais je voudrais simplement demander que le ministre vienne témoigner longtemps avant la conclusion de nos audiences.

Mme Greene: Je suppose que c'est une question que nous devrons examiner bien avant la rédaction de notre rapport, n'est-ce pas?

M. Karpoff: Je n'ai rien contre cette motion, mais je crois que nous devrions également convoquer des représentants du CCDS, et peut-être aussi un représentant de la province du Québec—Rémillard ayant dit que ce sera fait d'ici à 1995, ce n'est plus pertinent—et Mel Couvelier. Le Québec et la Colombie-Britannique sont les deux provinces de pointe à ce sujet, et il y a aussi le CCDS, qui a analysé la question. En plus du ministre, bien sûr.

Je propose donc une modification pour que ces quatres personnes soient convoquées.

M. White: Un rappel au Règlement, monsieur le président. Comme les chiffres que j'ai mentionnés, ainsi que ceux du docteur Rachlis, viennent du ministère des Finances, je ne vois pas pourquoi nous devrions convoquer d'autres

[*Texte*]

Department of Finance so we could determine which set of figures we are talking about: the ones Dr. Rachlis talks about or the ones we received as a package in the Bill C-69 hearings. So I do not really think we would gain much by getting into the provincial set of witnesses at this point.

Just on that same point, when Minister Gilles Loiselle appeared before the committee, he was Minister of State (Finance). So we have to determine which official we wanted to hear.

Mr. Halliday (Oxford): On the same point of order, when we have two witnesses here, is it not more appropriate that we not deal with further items of business of this committee, but deal with that at a later date? Our committee is free to hear as many more witnesses as we want. We may well want to hear more.

Ms Greene: I was just saying I think the issue should be clarified.

Mr. Halliday: I do not think we should be taking time now to deal with that issue when we should be listening to our two witnesses here.

Ms Greene: Could we defer that for consideration later?

The Chairman: Deferred, on agreement from the committee.

Some hon. members: Agreed.

The Chairman: Could we move on to our next questioner. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: I too, want to welcome Dr. Rachlis back. I thought it might well be a provocative presentation that we would receive from him, and I think indeed we have, although I want to congratulate him for doing what very few other witnesses have done, and that is tackle the problem of funding.

You are perhaps the only witness we have had who really dealt with that in a primary way. Others touched on it, but the majority did not even care to mention the aspect of funding. So I want to congratulate you on that.

On the other hand, I want to take issue with a number of things you have said. To do that, I want to begin with acknowledging and recognizing the fact that you have co-authored a book recently called *Second Opinion: What is* Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It. I am sure you have had a chance to see the book review that was done on that by Dr. David Naylor. He was one of the most credible witnesses we have had at this committee. You will recall that he came and presented the pros and cons of our health care system vis-à-vis the American system. I think he came without any ideological biases and was trying to give us an objective view.

I have had occasion to read his commentary on your book. I do not know whether you had a chance to reply to him, but I think the committee should know that in his book review Dr. Naylor had this to say, after he had mentioned the various items you drew the public's attention to, which were valid points, as he says:

[*Traduction*]

témoins que les représentants du ministère des Finances capables de nous donner des précisions sur ces chiffres, c'est-à-dire ceux du docteur Rachlis et ceux que nous avons reçus durant les audiences consacrées au projet de loi C-69. Je ne vois pas ce que nous avons à gagner à convoquer des témoins provinciaux.

Je précise à ce sujet que le ministre Gilles Loiselle était ministre d'État aux Finances lorsqu'il a témoigné devant le comité. Il nous faudra décider qui nous voulons convoquer.

M. Halliday (Oxford): Sur le même rappel au Règlement, puisque nous avons convoqué deux témoins aujourd'hui, ne serait-il pas plus normal de poursuivre la séance avec eux afin de traiter ces motions plus tard? Nous pouvons parfaitement convoquer autant de témoins que nous le voulons.

Mme Greene: Je tenais simplement à dire que cette question doit être éclaircie.

M. Halliday: Mais je ne pense pas que nous devrions discuter de cette question maintenant, alors que nous pourrions entendre nos deux témoins.

Mme Greene: Pourrions-nous reporter l'examen de cette motion?

Le président: Êtes-vous d'accord pour reporter l'examen de la motion?

Des voix: D'accord.

Le président: Pouvons-nous poursuivre les questions? Monsieur Halliday.

M. Halliday: Je tiens moi aussi à souhaiter la bienvenue au docteur Rachlis. Je m'attendais bien à ce qu'il fasse un exposé stimulant, et je tiens aussi à le féliciter car il a fait ce que peu d'autres témoins ont osé, aborder le problème du financement.

Vous êtes probablement le seul témoin qui ait osé aborder cette question de front. D'autres l'on mentionné en passant, mais la plupart ne l'ont même pas évoquée. Je tiens à vous en féliciter.

En revanche, je dois m'opposer à certaines de vos déclarations. Pour ce faire, je vais attirer l'attention sur le livre dont vous êtes coauteur, intitulé Second Opinion: What is Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It. Je suis sûr que vous avez eu l'occasion de lire la critique qui en a été fait par le docteur David Naylor, qui a d'ailleurs été l'un des témoins les plus crédibles que nous ayons entendus. Vous vous souviendrez qu'il nous avait présenté les avantages et inconvénients de notre système de santé par rapport au système américain. À mon avis, il a analysé cette question sans aucun préjugé idéologique, de manière tout à fait objective.

Comme j'ai eu l'occasion de lire sa critique de votre livre, et je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de lui répondre, je crois qu'il serait bon que les passages les plus révélateurs en soient communiqués au comité. Après avoir mentionné les divers points sur lesquels vous aviez attiré l'attention, et qui étaient tout à fait valides, le docteur Naylor disait ceci:

[*Text*]

However, *Second Opinion* weds scientific inference with journalistic generalization and marries policy analysis to political polemic. Then he concludes his last sentence in his two-page book review by saying:

Even as one who agrees with much that the authors are trying to say, I must also note that second opinions, tone, scientific lapses and intellectual inconsistencies sometimes make it needlessly difficult to listen.

• 1510

I knew about this before you came today. Then, with your presentation, I was wondering whether you are going to live up to your reputation or not. On page 5, in the last two lines, you ask:

Can any members of the committee imagine a Canada where people are denied health care for financial reasons?

Mr. Chairman, I practised medicine for 22 years as a family physician before I came here and I cannot ever recall anybody, in a group where six physicians practised, being denied health care for financial reason. This is obviously just designed to inflame people and get people worried about their health care system.

To say that confirms what Dr. Naylor said in his book review about your book. Maybe you have a response to that. I am not sure whether you did respond in the *CMA Journal* to that or not, but I am interested to know if you did, and obviously you should have a chance to respond.

But I guess I have to say too, Mr. Chairman, that we are laying great emphasis here on user fees, extra billing and so on; and we say we have the best health care system in the world and it is about to be lost if we are not careful.

The best health care system in the world that we have did not become the best this year or last year or five years ago, nor was it the best because of what happened in 1983 with the Canada Health Act.

It was the best system before the Canada Health Act, and some people had a notion that Canada Health Act was going to make it even better. I submit it is going to make it worse and we are getting into trouble because of it, quite frankly.

My point is this: Dr. Rachlis has referred, for example, to the fact that user fees are a zombie idea—he used the word "zombie", and we heard that word used last night by a witness. Maybe you would like to get into the discussion now with me and answer why did Sweden, which has been one of the leading countries in all types of welfare legislation, in the last eight or ten years make two advances—where on tweo occasions they increased the user fees?

That is very germane to your statement that our health care system is in jeopardy if we have any user fees. Surely Swedes, who are 25 years ahead of us in their thinking, did not do that without some good thought behind it. I am wondering why they would chose to do that if to do it was such a damaging thing to their health care system.

[*Translation*]

Cependant, *Second Opinion* marie des déductions scientifiques à des généralisations journalistiques, et une analyse de programmes publics à une polémique politique. Il conclut ensuite, à la dernière phrase de sa critique de deux page:

Même si je suis d'accord avec beaucoup de conclusions des auteurs, je me dois de souligner que le ton, les carences scientifiques et les incohérences intellectuelles de *Second Opinion* font qu'il est parfois inutilement difficile de les écouter.

Je savais cela avant de venir au comité, aujourd'hui. Puis, après votre exposé, je me suis demandé si vous seriez ou non à la hauteur de votre réputation. À la page 5 de votre mémoire, vous posez cette question:

Y a-t-il un seul membre du comité qui puisse imaginer un Canada dont les citoyens seraient privés de services de santé pour des raisons financières?

Monsieur le président, j'ai pratiqué la médecine pendant 22 ans avant d'être élu député, et je ne me souviens de personne qui se soit vu privé de soins de santé pour des raisons financières par notre cabinet, où nous étions six médecins. À mon avis, cette question est manifestement destinée à aviver les passions et les craintes des citoyens au sujet de leurs services de santé.

Cela ne fait que confirmer ce que dit M. Naylor au sujet de votre livre. Peut-être avez-vous une réponse? Je ne sais pas si vous avez répondu à cette critique dans la revue de l'AMC mais, quoi qu'il en soit, j'aimerais vous donner la possibilité de répondre.

Je dois cependant dire aussi, monsieur le président, que nous semblons attacher beaucoup d'importance aux questions de tickets modérateurs, de surfacturation, etc, en disant que nous risquons de perdre le meilleur système de santé au monde.

Il ne faudrait quand même pas oublier que le meilleur système de santé au monde n'a pas acquis cette qualité cette année, l'an dernier ou il y a cinq ans, ni à cause de ce qui est arrivé en 1983 avec la Loi canadienne sur la santé.

C'était le meilleur système avant l'adoption de cette loi, et d'aucuns étaient même convaincus que la loi allait encore l'améliorer. À mon avis, elle va au contraire provoquer sa détérioration, et c'est à cause d'elle que nous connaissons de nouvelles difficultés, je dois franchement le reconnaître.

M. Rachlis a dit, par exemple, que les tickets modérateurs sont une idée «fantomatique» et un autre témoin avait dit sensiblement la même chose hier soir. Je vous demanderais donc de répondre à la question suivante. Comment se fait-il que la Suède, qui a toujours été à l'avant-garde de beaucoup de pays en matière de législation sociale, a augmenté à deux reprises ses tickets modérateurs au cours des 8 ou 10 dernières années?

Cela me paraît tout à fait relié à votre affirmation que notre système de soins de santé serait menacé si nous adoptions des tickets modérateurs. Manifestement, les Suédois, qui ont 25 années d'avance sur nous dans le domaine social, n'ont pas adopté les tickets modérateurs sans y avoir mûrement réfléchi. J'aimerais donc savoir pourquoi ils ont pu choisir cette solution si elle devait tellement nuire à la qualité de leur système.

[*Texte*]

Dr. Rachlis: I guess I am in the position of the Pentagon spokesperson who is answering questions about the Patriot missiles being installed in Israel, and I will have to refer you to the Swedish government to answer that question about why they would institute user charges.

I do not believe that user charges are a good idea, as I have itemized in a previous answer. They do not improve appropriateness of care, and very, very importantly, they do not control overall costs. If anything, they allow overall cost to increase. They may control public costs, but then they increase private costs.

As to your other two questions, when I was asking can any of the members of the committee imagine a Canada where people are denied health care for financial reasons, what I was saying was look down the road to the future to see that it is not in any way unreasonable to conclude from the statements of various provinces that, when the Canada Health Act has no teeth, some provinces will certainly bring in user charges and may go fully to an American system.

We do know there is lots of good scientific evidence from the United States that people die there because they cannot afford health care.

I was not referring to the present situation in Canada. I was not referring to the past in Canada. I was referring rather to my concern about the future in Canada if there is no Canada Health Act and if provinces are allowed to go to fully private models.

We do know from the United States, from their system, that there are people who die because they cannot afford health care.

As to your first points about Dr. Naylor's review, there is a very, very long and interesting story associated with that, which I will not bore the committee with now but maybe I might have an opportunity at some point to tell you in the future.

I have not officially responded to that review. Dr. Naylor is a good friend and colleague, co-author of mine on some scientific work, and I am in fact engaged in a project with him right now. But in his review, being such a good academic, he did not see that this was in fact not an academic *work—Second Opinion*. It was not that its conclusions were not substantiated, I believe, but it was clearly a journalistic book and I think it did not come up to his strict academic standards, which is understandable. But it was not intended to be an academic work. It was intended, rather, to be directed toward the general public and non-academics to make them aware of certain health care issues.

• 1515

The Chairman: We will move to Dr. Pagtakhan. We have two members on this side who may wish to use the time for questioning.

Just for clarification, I do not mind dealing with the points of order you may have, but will you keep in mind that any business relating to the committee perhaps could be dealt with at a future time within the committee? I did not mean

[*Traduction*]

M. Rachlis: Je ferai comme le porte-parole du Pentagone chargé de répondre à des questions sur les missiles Patriot qui viennent d'être installés en Israël. Autrement dit, je vous répondrai en vous disant d'adresser votre question au gouvernement suédois.

Pour ma part, comme je l'ai déjà dit, je ne pense pas que les tickets modérateurs soient une bonne idée. Ils n'améliorent pas le caractère approprié des soins et, surtout, ils ne contribuent aucunement à la maîtrise des coûts globaux. En fait, s'ils ont un effet, c'est de contribuer à leur augmentation. Ils favorisent peut-être le contrôle des coûts publics mais ils provoquent l'augmentation des coûts privés.

Pour ce qui est de vos deux autres questions, lorsque je demandais s'il y avait un seul membre du comité qui pouvait imaginer un Canada dont les citoyens se verraient privés de services de santé pour des raisons financières, je voulais vous amener à essayer de faire un peu de prospective. En effet, n'est-il pas déraisonnable de conclure, à partir des déclarations de certaines provinces selon lesquelles la Loi canadienne sur la santé n'a aucune force, que celles-ci passeront certainement à un système de tickets modérateurs et, en fait, à un système complètement américanisé?

Bon nombre d'études scientifiques ont montré que des gens meurent aux États-Unis parce qu'ils ne peuvent pas se payer les services de santé.

Ma question ne concernait pas la situation actuelle du Canada, ni la situation passée. Elle concernait plutôt l'inquiétude que je ressens au sujet de notre avenir, si nous n'avons plus de Loi canadienne sur la santé et si les provinces sont autorisées à passer à un système complètement privatisé.

Je le répète, nous savons qu'il y a des citoyens américains qui meurent parce qu'ils ne peuvent pas se payer des soins.

En ce qui concerne vos premiers commentaires au sujet de la critique du D[r] Naylor, il y a derrière tout cela une très longue et très intéressante histoire avec laquelle je ne tiens pas à vous ennuyer aujourd'hui mais que j'aurai peut-être l'occasion de vous raconter un autre jour.

Je n'ai pas officiellement répondu à cette critique. Le D[r] Naylor est un excellent ami et collègue, qui a publié certains articles scientifiques avec moi et avec qui je participe d'ailleurs en ce moment même à la réalisation d'un projet. Cela dit, en bon universitaire, il n'a pas vu que notre livre, *Second Opinion*, n'était pas un livre universitaire. Le problème n'était pas que les conclusions du livre n'étaient pas fondées, je crois, mais plutôt qu'il s'agissait d'une oeuvre de journalisme qui n'était pas à la hauteur de ses critères strictement universitaires, ce qui est compréhensible. Notre but n'était pas de nous adresser à des spécialistes mais plutôt au public, pour le sensibiliser à certains problèmes.

Le président: Nous allons maintenant donner la parole à M. Pagtakhan. Il y a deux députés de ce côté qui voudront peut-être poser des questions.

Pour votre information, je ne m'oppose absolument pas à répondre à vos rappels au Règlement, mais je vous demande de réserver toute question relative aux travaux de ce comité à une séance ultérieure. Je ne veux pas que nous nous

[*Text*]

to get unravelled there, when we were dealing with other issues, and certainly those of you who have suggestions, please bear that in mind for our committee meetings. Dr. Pagtakhan, please.

Mr. Pagtakhan: Thank you, Mr. Chairman. When a comment was made by a member of the committee that one witness or a previous witness had indicated that as much as 30% of the treatment today could be harmful or inappropriate—of course, it could be construed—it ought to follow that if it is 30% harmful, then given 100 patients, 30 patients would have been harmed. I wonder in fact if it is more inappropriate...in other words, a test has been done that was not necessary but not harmful and therefore had added to cost. I think that has to be put into perspective. My question to you on that point is: From your experience, when you say harmful versus inappropriate, would you make a distinction as a health care writer?

Dr. Rachlis: Yes, I would. I believe that a particular procedure, diagnostic test or therapy, could be harmful to someone and yet still could be appropriate. Although the definitions of appropriate care can vary, I would define appropriate care as care that with the information that was known in advance was likely to have a net benefit to the patient and was not more costly in terms of its net benefit than an alternative therapy or diagnostic test.

That of course does mean that, for example, there are people who have coronary bypass surgery who die on the table. It is true. It is a risky operation and even in the finest centres about one out of every 50 patients die as a result of the surgery. But if it were felt in advance that the likelihood was that there would be a net benefit, then even if a patient died during the operation it could still be considered to be appropriate care.

Mr. Pagtakhan: The second question is again with respect to user fees. To me, you have persuasively put forward the argument that while it may control public expenditure, it will not control private expenditure. I would like you to concede and respond as to whether that could translate—which is my fear—that when you allow private expenditure to increase, the first people who would be able to meet this would be the rich. The poor would not be able to accommodate a private increase in expenditure and hence it could result in a two-tier system for citizens able to see a group of physicians practising once under one system and then unable to see another health facility where the cost of care is more. As well, it could mean two-tier in terms of delivery of health care from province to province whereby a poorer province in terms of tax points, a provice that has fewer tax points, will not be able to deliver the same level of health care.

Before I put my question, I would like to underline that it is my understanding that the underlying basis for our medicare is in fact precisely to have the have provinces help those who have not. My question to you is: Am I right in my understanding that with user fees and this type of thing it could lead to a two-tier health care system in the country for citizens and between provinces?

[*Translation*]

écartions du sujet essentiel de cette séance. Si vous avez des propositions à faire, songez-y pour une autre réunion.

M. Pagtakhan: Merci, monsieur le président. Un membre du comité a dit plus tôt qu'un témoin avait estimé que 30 p. 100 des traitements médicaux d'aujourd'hui peuvent être néfastes ou mal choisis; je dois en conclure que, sur chaque groupe de 100 patients, 30 subissent un traitement qui leur cause des torts. Je me demadne s'il ne s'agit pas plutôt du fait que, dans certains cas, certains tests ou traitements sont effectués alors qu'ils ne sont pas nécessaires, mais sans qu'ils soient néfastes, ce qui ajoute évidemment aux coûts généraux. Je crois qu'il faut replacer les choses dans leur contexte. Voici d'ailleurs ma question à ce sujet. Faites-vous une différence entre des traitements néfastes et des traitements mal choisis?

M. Rachlis: Tout à fait. Certaines procédures, par exemple des tests ou une thérapie, peuvent être néfastes à quelqu'un tout en restant appropriés. Bien que la définition des soins appropriés puisse varier, je dirais qu'il s'agit de soins qui étaient susceptibles d'avoir un effet positif net sur le patient, considérant les informations connues à l'avance, et qui n'étaient pas plus coûteux qu'une autre forme de thérapie.

Evidemment, cela n'empêche pas que certains patients meurent sur la table d'opération lorsqu'on leur fait un pontage cardiaque. C'est sans doute vrai, mais il ne faut pas oublier que c'est une opération très risquée. Même dans les hôpitaux les meilleurs, près d'un patient sur 50 meurt du fait d'une opération chirurgicale. Cependant, si on croyait à l'avance que l'opération était susceptible d'avoir un effet positif net, on se doit de la considérer comme une intervention appropriée, même si le patient est mort durant l'opération.

M. Pagtakhan: Ma deuxième question concerne les tiquets modérateurs. Vous avez présenté de manière très convaincante l'argument selon lequel ils ne permettent pas de contrôler les dépenses privées, même s'ils contrôlent les dépenses publiques. Je crains cependant, et je vais vous demander si vous êtes prêt à le reconnaître, que si on laisse augmenter les dépenses privées, ce sont les riches qui seront les premiers à pouvoir y faire face. Les pauvres ne pourront pas les assumer, ce qui signifie que nous nous retrouverons avec un double système médical, comprenant un volet pour les riches et un volet pour les pauvres. Cela pourrait aussi déboucher sur un double système de prestation des soins au niveau provincial, étant donné que les provinces les plus pauvres, en termes de points fiscaux, ne pourront plus fournir des services de même qualité que les autres.

Avant de poser ma question, je dois souligner que, dans mon esprit, le principe fondamental de notre système pubic d'assurance-maladie est précisément de faire en sorte que les provinces riches viennent en aide aux autres. Voici donc ma question: Ai-je raison de croire que les tiquets modérateurs et les autres mécanismes de même nature risquent de provoquer un dédoublement des services de santée, d'abord au niveau des citoyens puis au niveau des provinces?

[*Texte*]

• 1520

Dr. Rachlis: I guess you do have to distinguish between certain types of user charges. I think all user charges are going to act as a deterrent. Even $5 is going to act as a deterrent for some people seeking care for themselves or, more ominously, for their child. However, a $5 fee in an emergency department as, abhorrent as I find it, is still not likely to result in a two-tiered system.

However, as I understand from Mr. Couvelier's plans, if you allow user charges to really run their course, if you allow private insurance especially to pick up the gap between public insurance and what the user has to pay, as they have done in the United States for their medicare program, then you are inevitably going to run right through to a two-tiered system or a multi-tiered system where the poor will have part of the system or a system that has the least quality care. I think there is no question about that. That is a very, very clear lesson again from the United States which has a system that is rife with user charges. They have a many-tiered system and it is quite clear that poor people get lower quality care. There are a number of studies to show that now.

Mr. Pagtakhan: Is it reasonable to assume or infer that in fact were the two-tier system to exist and the poor were unable to seek medical care early, that the illness may in fact reach a stage where it is worse and the cost of care for that worsened illness is going to be far more, that in the end we are not saving?

Dr. Rachlis: I do not know if that if is so clear. I think for individuals it is clear; I do not know if we can say that overall. But if I can tag on to that point, I have been perhaps very severe in my criticism of the government in my presentation and I want to flag that no party really has a full monopoly on its claim for the birth of medicare in this country, and that the members of the governing party can look to members of their own party as people who also were reponsible for medicare. I would hope that the members of the governing party would therefore see that they have an historical stake in this program as well. Justice Emmett Hall is amongst many people who could rightfully claim a part in bringing medicare to this country.

Mr. Pagtakhan: I agree with you.

Dr. Rachlis: Justice Hall in fact was probably most eloquent on topics of user charges and wanting a public system.

The Chairman: Thank you, doctor. Before, Dr. Cole said that he would relinquish a portion of his time to Dr. Halliday.

Mr. Cole (York—Simcoe): No, I am not going to give it to him now.

The Chairman: You are not going to give him the time. I cannot even deal with the people on this side of the...

Mr. Cole: I have just a couple of things I would like to ask, Mr. Chairman.

Mr. White: He was not kidding, was he.

[*Traduction*]

M. Rachlis: Je pense qu'il faut faire une distinction entre les divers types de tickets modérateurs. Evidemment, certains auront un effet dissuasif. Même 5$ suffiront à dissuader certaines personnes de demander des soins pour elles-mêmes ou, chose plus inquiétante, pour un enfant. En revanche, dans un service d'urgence, un ticket modérateur de 5$, même si cela me paraît déplorable, n'entraînera pas un dédoublement du système.

Si je comprends bien les projets de M. Couvelier, qui consisterait à libérer complètement les tickets modérateurs en laissant à l'assurance privée le soin de combler l'écart entre l'assurance publique et les sommes effectivement payées par l'usager, comme cela se fait aux États-Unis, on arrivera inévitablement à un système double, voire multiple, où les pauvres auront des soins de moins bonne qualité. Cela me paraît incontestable. C'est la leçon la plus évidente que l'on peut tirer de la situation américaine, où les tickets modérateurs pullulent. Il y a là-bas un système à plusieurs paliers dans lequel, c'est parfaitement clair, les pauvres ont des soins de moins bonne qualité. Maintes études le confirment.

M. Pagtakhan: Serait-on en droit de supposer, ou de déduire, qu'un système à deux paliers dans lequel les pauvres ne pourraient plus obtenir des soins médicaux précoces entraînerait en fait une telle aggravation des maladies individuelles que les soins en arriveraient en bout de ligne à coûter beaucoup plus cher que ce que l'on espérait économiser?

M. Rachlis: Je ne crois pas que ce soit évident. C'est peut-être tout à fait clair pour les particuliers, mais je ne sais pas si c'est une conclusion valable au niveau global. Laissez-moi préciser en passant que j'ai peut-être été très sévère dans ma critique du gouvernement. Je tiens donc à préciser qu'aucun parti ne peut en fait revendiquer le monopole de la création de l'assurance-maladie au Canada et qu'il y a aussi au sein du parti gouvernemental des gens qui ont participé à la création du système. J'espère d'ailleurs que les députés du gouvernement verront ainsi qu'ils ont une responsabilité historique à l'égard de ce programme. Le juge Emmett Hall est manifestement l'une des nombreuses personnes qui peuvent légitimement revendiquer d'avoir posé leur pierre lors de l'édification du système.

M. Pagtakhan: Je suis d'accord avec vous.

M. Rachlis: Le juge Hall est probablement celui qui a le mieux analysé les tickets modérateurs et préconisé un régime public.

Le président: Merci, docteur. M. Cole avait dit qu'il donnerait une partie de son temps à M. Halliday.

M. Cole (York—Simcoe): Non, je n'ai plus l'intention de lui donner mon temps de parole.

Le président: Vous ne voulez plus? Je ne m'en sors déjà pas avec les députés de ce côté...

M. Cole: C'est parce que je souhaite poser quelques questions, monsieur le président.

M. White: Il ne blaguait pas, n'est-ce pas?

[*Text*]

The Chairman: No, he was not.

Mr. Cole: You made the statement that we have a single-tier system in Canada today and you like to compare it with the United States. I do not happen to like that comparison, but that is a personal thing. I do not believe we have a single system in this country. I believe that if an individual in this country today is in the line-up for a particular procedure, that individual might have connections, a friend in the medical system, a contact in the medical system, and he is going to jump the queue. That is the reality of it. He may, as a choice, go somewhere else. He may go to that bad old United States, he may go to the U.K., he may go wherever to get the kind of treatment he wants. So obviously we do not have a single system here now, and I really object to your insistence that we are saying that there are two standards. There are not two standards.

What Canadians want is access to a system that is fair and equitable, and that is what we are trying to do. Yes, we can increase taxes and we can take dollars from the average Canadian who is putting out their taxes and earning $30,000 or $40,000 and subsidize that person who is making $100,000 to go for hospital care. That is fine; we can continue doing that because that is what we have been doing.

• 1525

It is also fine to be against, but I would like to know what you stand for, sir, because I do not really hear it. It is easy to be against, but it is tough to stand up and be counted. I would like to hear where you are coming from.

Dr. Rachlis: Well, I do not think it would be fair to the next witness or the committee if I went into a great detail now about what I stand for. But I would be very happy to recommend a book that you can read on the topic—

Mr. Cole: Is that the reason why you are here? I think it is.

Dr. Rachlis: No. In fact, it appears that other members of the committee have been very happy to plug my book for me. But if you really want to know where I stand, you can certainly read the book. I will not mention its name, to be modest—it has been mentioned already. You will see very, very clearly that there are a number of things that I do stand for. Really, it is not realistic to expect within 60 seconds for me to go into a great detail of what I stand for. But clearly I do stand for national standards or national program criteria that mean something.

As to your first point about a single system, yes, I would recognize that with human beings being human beings you do not really have a single system anywhere, I suppose. When someone has a brother-in-law who is a surgeon and maybe gets them onto the list a little faster, when you have people who can afford to fly off at a moment's notice to the Mayo Clinic to get their procedure if they feel they have to wait too long in Canada for it, of course we really do not have a single system. Most importantly, we do not have a single system for health in that poor people in this country suffer rates of illness far in excess of wealthy people and die at rates two to three times that of wealthy people.

[*Translation*]

Le président: Non, pas du tout.

M. Cole: Vous avez dit que nous avons actuellement au Canada un système sans palier, et vous le comparez à celui des Etats-Unis. Je n'aime pas cette comparaison, mais c'est peut-être une question de préférence personnelle. Quoi qu'il en soit, je ne pense pas que nous ayons un système uniformisé au Canada. Aujourd'hui, si quelqu'un a besoin d'un service médical particulier, il peut facilement passer avant les autres s'il a des relations, c'est-à-dire s'il connaît un membre du corps médical. C'est la réalité. S'il le veut, il peut aussi aller ailleurs. Il peut aller chez les si mauvais Américains, il peut aller au Royaume-Uni, il peut aller où il veut pour obtenir son traitement. Il est donc évident que nous n'avons pas un système sans palier, et je m'oppose vraiment à ce que vous teniez à nous faire dire que nous avons deux normes. Il n'y a pas deux normes.

Ce que veulent les Canadiens, c'est l'accès à un système juste et équitable, et c'est ce que nous essayons de leur donner. Certes, nous pouvons augmenter les impôts et prendre l'argent dans les poches des citoyens qui gagnent 30 ou 40,000$, pour continuer de subventionner les services médicaux de ceux qui en gagnent 100,000$. C'est très bien, on peut parfaitement continuer ce système, parce que c'est ce que nous avons fait jusqu'à présent.

On peut aussi tout à fait légitimement s'opposer à ce système, et j'aimerais bien savoir où vous vous situez dans tout cela, monsieur, parce que je ne comprends pas. J'aimerais donc que vous nous disiez très clairement votre position.

M. Rachlis: Je ne pense pas qu'il serait juste, à l'égard du prochain témoin ou du comité, de vous expliquer en détails ma position personnelle. Cependant, je serais très heureux de vous recommander un livre qui. . .

M. Cole: Mais n'est-ce pas pour cela que vous êtes ici?

M. Rachlis: Non. En fait, il semble que d'autres membres du comité se plaisent à faire eux-mêmes la publicité de mon livre mais, si vous voulez vraiment connaître ma position, c'est là que vous la trouverez. Je ne rappellerai pas le titre, on l'a déjà indiqué. Vous y verrez qu'il y a un certain nombre de choses sur lesquelles ma position est parfaitement claire. Honnêtement, vous ne pouvez pas me demander de vous expliquer en 60 secondes ma position détaillée sur tout cela. Cela dit, il est clair que je suis en faveur de normes nationales, ou de critères de programmes nationaux, qui veulent vraiment dire quelque chose.

En ce qui concerne le système sans palier, je suis prêt à reconnaître, l'homme étant ce qu'il est, qu'on ne peut probablement avoir nulle part un système véritablement uniforme. Évidemment, si votre beau-frère est chirurgien, vous pourrez probablement passer avant les autres pour avoir une opération. Si vous avez les moyens des prendre immédiatement l'avion pour aller à la clinique Mayo, parce que vous estimez que l'attente est trop longue au Canada, le sytème n'est évidemment pas uniforme. Aussi, et c'est ce qui est le plus important, le système n'est pas uniforme dans la mesure où les taux de maladie parmi les pauvres du Canada sont largement supérieurs à ceux que l'on retrouve chez les riches, et où les taux de mortalité des pauvres sont deux ou trois fois ceux des riches.

[*Texte*]

But I do want to make the point that without travelling the world over, my belief, from what I read and who I talk to and the travel I have done, is that we have as close to a single system as any other country in the world.

If I may ask the forebearance of the chairman, I would like to tell a very brief story that is relevant in this regard. In 1975 I was an intern at St. Joseph's Hospital in Hamilton. One night during the summer the mother of a federal government cabinet minister was admitted to our hospital with not very serious pneumonia, but certainly sick enough that she needed to be in the hospital. There were no private rooms available in the hospital. She was placed in a semi-private room with a woman who, if I can just use the turn of phrase, was not of her class. Her son, dutifully, came in that evening from Ottawa to visit his mother, and I met him along with the senior house staff that was on. He did not jump up and down and demand to see a staff doctor or Chief of Staff. He accepted our explanations, which were quite reasonable, for what care his mother was receiving. He did not jump up and down and demand that his mother receive a private room. No doubt one could have been found, I suppose. He simply, I think, was pleased that his mother was getting good care and was comfortable. I like to tell this story whenever I can because I certainly think it will mean something to those of you in government.

I do not think you could possibly imagine another country in the world where the mother of a federal cabinet minister would be receiving the same care as everyone else in a semi-private room, and that the son would not have made a stink and had her moved somewhere else. It would not happen in the United States. It certainly would not happen in most countries in Europe where they have special systems of care for those kinds of people.

Whenever I think of that case I am really swelled with pride to be a Canadian. So, yes, I agree with you, we do not have a single system, but we have one much closer to a single system than any other country in the world. I think that sense of equality and fairness that the health care system in this country provides means that everyone works together to get a better health care system. It also means, I think, that it is part of the glue that holds this country together, to know that no matter whether you are single mother on welfare, or whether you are the mother of a federal cabinet minister, you are going to get a similar standard of good quality care.

The Chairman: Perhaps, that is a good note to end on, doctor, one of the positive notes we have had this afternoon in the presentation that you gave. I do not mean that in a derogatory fashion. I think it is good to hear all sides, all views, and certainly you did raise some questions in the minds of members, I think. We appreciate the time you have taken to be here. As was indicated, you might leave the material or arrange for the staff to have the material that was asked for. We thank you sincerely for appearing before the committee this afternoon.

[*Traduction*]

Cela dit, si on laisse de côté les gens qui ont les moyens d'aller voir un médecin n'importe où au monde, toutes les informations dont je dispose me permettent de penser que nous avons probablement le système le plus uniforme que l'on puisse avoir au monde.

Si vous me le permettez, monsieur le président, je voudrais vous relater un incident pertinent à ce sujet. En 1975, je faisais mon internat à l'Hôpital St-Joseph de Hamilton. Un soir d'été, la mère d'un ministre fédéral a été admise à l'hôpital parce qu'elle souffrait d'une pneumonie, pas très grave mais suffisamment avancée pour qu'elle soit hospitalisée. Nous n'avions alors pas de chambre privée à lui proposer. Elle a donc été placée dans une chambre semi-privée, qu'elle a partagé avec une femme qui, comment dire, n'était pas de la même classe sociale. Son fils est venu lui rendre visite en fin de soirée, et je l'ai alors rencontré avec les autres cadres de l'hôpital qui étaient en poste ce soir-là. Il ne s'est pas mis à crier ou à hurler pour voir le directeur ou le docteur principal. Il a accepté nos explications, qui étaient tout à fait raisonnables, des soins que recevait sa mère. Il n'a pas exigé que sa mère bénéficie d'une chambre privée. Évidemment, on aurait probablement pu lui en trouver une, si on avait vraiment voulu, mais il a simplement dit qu'il était content que sa mère reçoive des soins satisfaisants et un minimum de confort. Je vous raconte cette anecdote parce que je suis sûr qu'elle aura un sens particulier pour vous, représentants du gouvernement.

Pouvez-vous imaginer un seul autre pays où la mère d'un ministre fédéral recevrait les mêmes soins que n'importe quel autre patient, dans une chambre semi-privée, et dont le fils n'aurait pas fait un scandale pour lui trouver une chambre privée? Pas aux États-Unis, en tout cas. Et certainement pas en Europe, où la plupart des pays ont des régimes de soins spéciaux pour ce genre de personnes.

Chaque fois que je songe à cette anecdote, je me sens toujours plus fier d'être Canadien. C'est vrai, comme vous le dites, nous n'avons peut-être pas un système uniforme, mais nous avons ce qui est le plus près possible d'un système uniforme. Le sentiment d'égalité et de justice qui prévaut à l'égard de notre système de santé signifie que chacun accepte de contribuer pour l'améliorer. Il signifie aussi je crois, que c'est une partie de ce qui tient ce pays uni, car chacun sait que les soins fournis sont de même qualité pour tout le monde, qu'il s'agisse d'une mère célibataire tributaire du bien-être social ou de la mère d'un ministre fédéral.

Le président: C'est peut-être une excellente note sur laquelle conclure cette séance, l'une des plus positives, en tout cas, que nous ayons entendues cet après-midi. Et je ne dis pas cela de manière dérogatoire. Je crois qu'il est bon de recueillir toutes les opinions, et je ne doute pas que vous ayez suscité certaines questions dans l'esprit des députés. Nous vous remercions très sincèrement d'être venu témoigner. Comme on l'a dit, vous pouvez laisser le document ou indiquer à notre personnel comment se le procurer. Nous vous remercions très sincèrement d'être venu témoigner cet après-midi.

[*Text*]

• 1531

• 1536

The Chairman: Could we reconvene the meeting, please.

I am pleased to welcome at this time, Dr. Thomas Courchene from Queen's Univesity. We thank you for coming early. I know you were sitting there through much of the previous presentation, Dr. Courchene. I think I have indicated to you that we are under some time constraints and have roughly an hour for your presentation and questions and commentary from members. So perhaps we could move into your testimony and we will go through the same process as you saw take place here earlier.

Dr. Thomas Courchene (Individual Presentation): Thank you all for inviting me here today. The first point I want to make is that I am not a health specialist, although there is a clear tendency for people in my profession, economics, not to shy away from commenting from anything and everything.

In my opening comments I want to approach the health area from what I call a public policy perspective. I want to focus on health, first of all, from the perspective of three general policy challenges that affect all policy areas; the fiscal challenge, the economic technical challenge, and the socio-demographic challenge or socio-cultural challenge, whatever you wish; and second, from the vantage point of the three principal societal trade-offs that affect every policy area—flexibility versus entitlements; centralization versus decentralization, and public sector versus private sector.

Let me add at the outset that in terms of these trade-offs I fall on the side of flexibility, decentralization, and some increased role for private sector responsibility, although less so in the health care area than in other social policy fronts.

Since it may not be evident in what follows, I should declare at the outset that underlining my design and conception of my analysis is a full support of Canada's approach to the health care system.

So focusing on the trilogy of challenges, the first is the fiscal challenge. Currently the fiscal challenge is ushering in the most severe decentralization across the social policy envelope since the advent of medicare in the Pearson years, and we have not seen the end of it yet. I am sure that future federal budgets will not leave federal-provincial transfers untouched. At this point I do not want to take a position of whether that is correct or incorrect, simply to note that it exists.

This fiscal constraint is also true at the provincial level. With health care costs accounting for roughly one third of provincial budgets, health has been crowding out post-secondary education, for example, simply because it has a better constituency in terms of voters. This raises an issue that will come into play later; namely, that because health care costs are so large, any attempt by Ottawa to constrain provincial freedom here, whether it be tax transfers or

[*Translation*]

Le président: Pouvons-nous reprendre la séance, s'il vous plaît?

J'ai le plaisir d'accueillir maintenant Thomas Courchene de l'Université Queen's. Nous vous remercions d'être venu tôt. Je sais que vous avez assisté à une bonne partie de l'exposé précédent, monsieur Courchene. Comme je vous l'ai dit, notre temps est limité et nous pouvons consacrer environ une heure à recueillir votre témoignage et à vous interroger. Je vous donne donc tout de suite la parole.

M. Thomas Courchene (témoignage à titre personnel): Merci de m'avoir invité, monsieur le président. Laissez-moi dire tout de suite que je ne suis pas un spécialiste de la santé, même s'il est vrai que les gens de ma profession, les économistes, ont souvent tendance à donner des avis sur à peu près n'importe quoi.

Je voudrais parler des questions de santé du point de vue de ce que j'appelle les politiques publiques. Autrement dit, j'aborderai la question en fonction des trois enjeux qui se posent toujours en matière de politique publique, l'enjeu fiscal, l'enjeu économique et l'enjeu socio-démographique ou socio-culturel. Ensuite, j'examinerai le problème en fonction des trois compromis fondamentaux que l'on est obligé de faire dans toute question de politique publique: flexibilité contre droits inhérents; centralisation contre décentralisation; et secteur public contre secteur privé.

Je précise dès le départ, au sujet de ces compromis, que mon choix est en faveur de la flexibilité, de la décentralisation et d'un accroissement du rôle du secteur privé, mais moins dans le domaine des soins de santé que dans les autres domaines d'intérêt social.

Comme ce ne sera peut-être pas évident d'après mon exposé, je déclare immédiatement que mon analyse se fonde sur un appui sans réserve à l'approche du Canada en matière de services de santé.

Passons donc maintenant à la trilogie des enjeux, le premier étant l'enjeu fiscal. À l'heure actuelle, l'enjeu fiscal nous pousse à la décentralisation la plus marquée, en matière de politique sociale, depuis l'avènement de l'assurance-maladie durant les années Pearson, et nous sommes loin d'en avoir vu la fin. Je suis sûr que les prochains budgets fédéraux ne laisseront pas intacts les transferts fédéraux-provinciaux. Pour le moment, je ne prends pas position sur le fait de savoir si cela est correct ou incorrect, je fais simplement un constatation.

Les contraintes fiscales se manifestent également au niveau provincial. Comme les coûts des soins de santé représentent en gros le tiers des budgets provinciaux, on constate que l'augmentation des dépenses de santé se fait aux dépens de l'enseignement postsecondaire, par exemple, tout simplement parce que la clientèle des soins de santé a plus de poids électoral. Cela soulève un problème sur lequel nous reviendrons plus tard, soit le fait que, puisque les coûts des

[*Texte*]

regulation, affects not only health, but the entire provincial tax and expenditure system.

• 1540

No doubt you are aware of the fact that the four Canada-west finance ministers, meeting in Lloydminster in July, made an argument for a separate Canada west personal income tax along the lines of Quebec. Federal officials tended to brush this off as part of a western response to the Meech Lake failure. But in the finance ministers' document, which I read very carefully, there is not a single mention of Meech Lake. Rather, the concern was to regain some fiscal flexibility for the provinces in light of the operations of the federal-provincial tax transfer system, and, in part, there was some concern about the GST and how it might restrict provincial ability to raise revenues. In any event, it was fiscally driven. This does not change the by-word that the fiscal challenge is clear. It is, I think, unavoidable right now. How do you maintain a health care system in an era of fiscal constraint?

The second challenge is the economic-technological challenge. Part of the economic aspects of this challenge is to get the incentives correct within the health care system. Let me start first with labels. One of the reasons why Quebec has taken the lead in integrating health and social policy, and I think it has—even Dr. Rachlis in the first part of his book gives great praise to Quebec—is that they have their labels straight. In particular, what the rest of us in Canada call health insurance, Quebec calls *assurance-maladie*, which is essentially what it is, sickness insurance. It is only natural, therefore, for Canadians to look elsewhere for health policy or wellness policy, as we are frequently referring to it now.

This is a trivial point perhaps. More important, I think, though, is the bad rap our physicians are taking. I have been at several conferences recently, and they tend to emphasize sick care over health care. Of course they do this because that is the way the system's incentives are structured. One gets the impression from recent writings that the medical profession is systemically diverting resourses, as I said, to sick care from health care.

If the system wants to emphasize wellness rather than sickness, then the solution is to change the incentives in the system, including, for example, payment systems and the interaction between physicians and hospitals. In terms of the latter, as the number of beds decrease, the scarcity value of these beds increases. Why give them away to selected numbers of physicians? The economist in me would argue to charge rents or to auction them off to physicians. This would

[*Traduction*]

soins de santé sont tellement élevés, toute tentative d'Ottawa de restreindre la liberté provinciale, que ce soit par le truchement des transferts fiscaux ou de la réglementation, affecte non seulement le domaine de la santé mais la totalité du système provincial d'impôt et de dépense.

Vous savez certainement que les quatre ministres des Finances de l'Ouest, réunis à Lloydminster en juillet, ont défendu l'idée d'un impôt sur le revenu des particuliers distinct pour l'Ouest du Canada, suivant l'exemple du Québec. Les fonctionnaires fédéraux ont eu tendance à ne pas en tenir compte, considérant que cela faisait partie de la réaction de l'Ouest à l'échec du lac Meech. Mais dans le document des ministres des Finances, que j'ai lu très attentivement, on ne mentionne pas une seule fois le lac Meech. En fait, les provinces cherchent plutôt à retrouver une certaine flexibilité fiscale, compte tenu du fonctionnement du système fédéral-provincial de transferts fiscaux et, dans une certaine mesure, s'inquiètent également de la TPS et de la façon dont elle pourrait gêner les provinces désireuses de lever des fonds. De toute façon, il s'agissait de principes fiscaux. Cela ne change rien au défi fiscal qu'il va falloir relever. Je crois qu'il est inévitable pour l'instant. Comment conserver un système de soins de santé en période d'austérité fiscale?

Le deuxième défi est à la fois économique et technologique. Sur le plan économique, il faut des stimulants appropriés dans le cadre du système de soins de santé. Si vous le voulez bien, commençons par les titres. Si le Québec a pris la tête dans le domaine de l'intégration de la santé et de la politique sociale, et je crois que c'est le cas—même le M. Rachlis, dans la première partie de son livre, chante les louanges du Québec—, c'est parce qu'il a bien choisi ses appellations. En particulier, ce que nous appelons ailleurs au Canada l'assurance-santé est appelée au Québec «l'assurance-maladie», et c'est bien de cela qu'il s'agit, d'assurance-maladie. Par conséquent, il est tout à fait naturel que les Canadiens cherchent ailleurs pour trouver une politique de santé ou de bien-être, comme nous avons souvent tendance à l'appeler maintenant.

C'est peut-être une question mineure. Ce qui est pourtant plus important, à mon avis, c'est la mauvaise réputation que l'on fait en ce moment à nos médecins. J'ai assisté à plusieurs conférences récemment, et l'on a tendance à insister plus sur les soins de maladie que sur les soins de santé. Bien sûr, cela est dû à la façon dont sont structurés les éléments d'incitation du système. D'après les écrits récents, on a l'impression que la profession médicale détourne systématiquement les ressources des soins de santé vers les soins de maladie, comme je l'ai dit.

Si l'on veut privilégier le bien-être par rapport à la maladie, la solution est alors de modifier les stimulants inhérents au système, comme, par exemple, les systèmes de paiement et l'interaction entre médecins et hôpitaux. Sur ce dernier point, au fur et à mesure que diminue le nombre de lits, leur valeur augmente. Pourquoi les donner gratuitement à un certain nombre de médecins? L'économiste que je suis voudrait proposer de faire payer un loyer ou de les vendre

[*Text*]

not only be efficient, but it would also help finance hospitals. Alternatively, one can again alter the payment system, because at present doctors view hospitals as free inputs into their own operations or practices. Again, I think several provinces are now moving in the direction of putting physicians who practice most of the time in hospitals on salary rather than fee for service.

In terms of the technological side of the economic-technological challenge, we are entering extremely exciting times. Several provinces have already introduced versions of smart cards, and by this I mean the little magnetic cards like your credit card. Individuals will be able to carry their medical records with them on these cards. It is not difficult to envision how this might enhance health care delivery. Let me focus on only one application, and there are hundreds. They would become a valuable instrument in outreach medicine. A paramedic could visit, for example, a golden-ager's home, and if something unusual crops up, this information, along with the patient's smart card, i.e., his or her records, can be fed anywhere into the system for further diagnosis.

The third challenge is the social demographic challenge. I presume your committee has heard many recommendations relating to health care in the elderly. I will refrain from spending much time on this, but I will focus only on one issue here. It seems to me what Canada probably needs is an integrated social policy package for the elderly, one that integrates health care, the drug programs, housing and institutionalization policy, social services, income support and income maintenance—that is, the CPP, the OAS, the GIS at the federal level and the equivalent series of similar programs at the provincial level. This is difficult to accomplish, because at present some of these programs are exclusively federal; some are exclusively provincial, and some are joint, like the Canada Pension Plan.

• 1545

If Ottawa attempted to rationalize this, a whole bunch of constitutional challenges would immediately be flying through the system. However, the committee might at least suggest that there is an opportunity here for Ottawa and the provinces to contemplate some initiative that would be efficiency enhancing as well as leading to an overall increase in the effectiveness of delivery, because there are some woefully inadequate overlaps between how we do all these things.

In the second part of my paper—namely, the trade-offs—I want to focus first on flexibility versus entitlements. Our health care system is overly institutionalized and overly dependent on physicians rather than, for example, paramedics. One reason why this occurred is that prior to 1977, or prior to the block funding of the established programs, several provinces attempted to substitute paramedics for physicians in certain areas. Ottawa said: go

[*Translation*]

aux enchères aux médecins. Cela serait non seulement efficace, mais contribuerait également à financer les hôpitaux. Autrement, il est possible de modifier le système de paiement, car, actuellement, les médecins considèrent les hôpitaux comme des éléments gratuits de leurs propres opérations ou activités. Je crois que plusieurs provinces envisagent maintenant de verser aux médecins qui exercent la plupart du temps en milieu hospitalier un salaire au lieu d'un paiement à la prestation.

Du côté technologique de ce défi économico-technologique, nous entrons dans une période absolument passionnante. Plusieurs provinces ont déjà introduit différentes versions de cartes intelligentes, j'entends par là les petites cartes magnétiques comme les cartes de crédit. Chacun pourra transporter son dossier médical sur lui à l'aide de ces cartes. Il n'est pas difficile d'imaginer comment cela pourrait améliorer la prestation des soins de santé. Je ne parlerai que d'une seule application, et il y en a des centaines. Elles pourraient devenir un instrument précieux en médecine itinérante. Un spécialiste paramédical pourrait par exemple se rendre dans un foyer pour personnes âgées, et si quelque chose d'inhabituel se présente, l'information peut, avec la carte intelligente du patient, c'est-à-dire son dossier, être communiquée au système pour permettre un diagnostic.

Le troisième défi est le défi démographique et social. Je présume que votre comité a entendu de nombreuses recommandations concernant les soins de santé pour les personnes âgées. Je n'ai pas l'intention de m'appesantir sur ce point, mais j'insisterai sur une question. D'après moi, il faudrait au Canada une politique sociale intégrée pour le troisième âge, c'est-à-dire qui intègre les soins de santé, les dispositions concernant les médicaments, la politique du logement et du placement en institution, les services sociaux, le soutien et le maintien du revenu—c'est-à-dire le RPC, la SV, le SRG au niveau fédéral et toute la série de programmes analogues au niveau provincial. C'est difficile à réaliser, car, à l'heure actuelle, certains de ces programmes relèvent exclusivement du gouvernement fédéral, tandis que d'autres dépendent exclusivement de la province, tandis que d'autres encore sont conjoints, comme le Régime de pensions du Canada.

Si Ottawa essayait de rationaliser cela, toutes sortes de problèmes constitutionnels se poseraient immédiatement. Cependant, le comité pourrait au moins mentionner que cette possibilité existe et qu'Ottawa et les provinces pourraient envisager des mesures qui amélioreraient l'efficacité et rendraient dans l'ensemble la prestation de soins plus efficace, car il existe de terribles chevauchements dans la façon dont nous procédons actuellement dans tous ces domaines.

Dans la deuxième partie de mon document—en l'occurrence les concessions—je veux insister premièrement sur la souplesse, par opposition au droit aux prestations. Notre système de soins de santé est très institutionnalisé et dépend beaucoup plus des médecins, par exemple, que du personnel paramédical. Cela vient en partie du fait qu'avant 1977, ou avant le financement global des programmes établis, plusieurs provinces ont tenté de remplacer les médecins par

[*Texte*]

ahead, but if you do then we will not provide matching funding. Likewise, several provinces attempted a process of de-institutionalization via convalescent homes or halfway houses instead of hospitals. Again Ottawa said: go ahead, but we will not cover this under the existing cost-sharing program.

This was changed in 1977, but up to that point the provinces were saddled with high-cost health care. They are right now in the process of redesigning aspects of this system, and it is a complicated and difficult task. The last thing they need, it seems to me, is something like the Canada Health Act, which, as I interpret it, several former provincial deputy ministers of health to whom I have talked view as largely institutionalizing much of this high cost and institutionalized health care and making it progressively more difficult for the provinces to try to get a handle on costs.

More generally, we are now witnessing at the provincial level a flowering of experimentation across the provinces in funding approaches, in payment systems, in information and smart card systems, in alternative approaches to institutionalization, in approaches to local delivery, in integrating health and social services, in coverage, and on and on. From Ottawa's perspective the system might well appear to be fragmenting, but in reality what is occurring is that the system is dramatically attempting, in my words, to save medicare. If any of these experiments turn out to excel in terms of delivery or cost efficiency, they will immediately spread across the system. A decade from now we will be able to look at Ontario's approach to medicare and say that this particular feature came from our experimentation in Ontario in Kingston, or this particular feature of our medicare system came from successful experiments run by Manitoba or by Quebec or by British Columbia.

This is of course how we got medicare. It was Saskatchewan's approach in the 1950s and 1960s that turned out to be a winner. What we need at this time is to allow this experimentation to flourish and to look and hope for future winners. Remember that it has been 30 years since we developed medicare. The socio-economic, fiscal, and socio-cultural challenges are much different, and we need to revisit this exciting period of experimentation. Whether we like it or not, it is in full bloom at present, and I think this committee should certainly recognize and commend that, because it is the only way we are going to find. . . In some sense, it is the private sector working in the public sector. That is what fiscal federalism is all about.

The second trade-off is centralization versus decentralization. Much of the above discussion could just as well have come under the area of centralization versus decentralization. Let me just add one further note, that decentralization across a rather broad range of fronts is probably inevitable at present. Globalization, as I understand it, is driving us in this direction. So is the overhang of the fiscal deficit and debt, as I mentioned earlier. There is no

[*Traduction*]

du personnel paramédical dans certains domaines. Ottawa a dit: allez-y, mais alors, nous ne fournirons pas de financement correspondant. De même, plusieurs provinces ont tenté une désinstitutionnalisation en utilisant des maisons de convalescence ou des foyers de transition au lieu des hôpitaux. Là encore, Ottawa a dit: très bien, mais nous ne rembourserons pas cela dans le cadre du programme existant de partage des coûts.

Cela a changé en 1977, mais jusqu'à ce moment-là, les provinces devaient assumer des coûts de soins de santé très élevés. Actuellement, elles restructurent certains éléments de ce système, et la tâche est complexe et difficile. Elles ont besoin de tout, sauf, d'après moi, la Loi canadienne sur la santé, qui, d'après ce que je comprends, est considérée par plusieurs anciens sous-ministres provinciaux de la Santé à qui j'ai parlé comme institutionnalisant ces coûts élevés et les soins de santé en institution et comme empêchant de plus en plus les provinces de réussir à limiter les coûts.

Sur un plan plus général, nous assistons actuellement au niveau provincial à une floraison d'expérimentations dans toutes les provinces en ce qui concerne les méthodes de financement, les systèmes de paiement, les systèmes d'information et de cartes magnétiques, les formules de remplacement de l'institutionnalisation, les méthodes de prestations locales, l'intégration des services de santé et de services sociaux, l'assurance, etc, etc. Du point de vue d'Ottawa, le système peut sembler se fragmenter, mais en réalité, il s'agit plutôt, d'après moi, d'une tentative désespérée de sauver le régime d'assurance-maladie. Si l'une de ces expériences donne des résultats satisfaisants sur le plan des prestations ou de l'efficacité financière, elle se propagera immédiatement à l'ensemble du système. Dans 10 ans, nous pourrons étudier la formule ontarienne d'assurance-maladie et savoir que cette particularité venait d'une expérience faite par l'Ontario à Kingston, ou que cet élément particulier de notre système d'assurance-maladie provient d'expériences fructueuses réalisées par le Manitoba, par le Québec ou par la Colombie-Britannique.

Bien sûr, c'est ainsi que nous sommes arrivés à l'assurance-maladie. C'est la démarche de la Saskatchewan dans les années 50 et 60 qui a finalement été gagnante. Nous devons maintenant tout mettre en oeuvre pour encourager cette expérimentation, en espérant qu'il y aura des gagnants. N'oublions pas que le régime d'assurance-maladie a été élaboré il y a 30 ans. Le contexte socio-économique, fiscal et socio-culturel est très différent, et nous devons revivre cette période passionnante d'expérimentation. Que cela nous plaise ou non, elle est en plein essor actuellement, et ce comité devrait certainement l'admettre et s'en réjouir, car c'est la seule façon dont on puisse réussir. . . Dans un sens, c'est le secteur privé qui travaille dans le secteur public. C'est cela le fédéralisme fiscal.

Le deuxième compromis porte sur la centralisation, par opposition à la décentralisation. Une bonne partie de la discussion ci-dessus pourrait s'appliquer tout à fait à la question de la centralisation par rapport à la décentralisation. Permettez-moi d'ajouter un mot seulement pour dire que la décentralisation sur de nombreux fronts est probablement inévitable actuellement. C'est d'après moi la mondialisation qui nous pousse dans cette direction. De même que le poids

[*Text*]

question that the EPF cuts will not only force greater decentralization of health across many provinces, but this will lead on the provinces' part to a greater desire for decentralization of health and a transfer of tax points so they can better control the future of the health care system. In a sense, this is the golden rule at play. If Ottawa stops supplying the gold, it will probably stop making the rules, or some of the rules.

The federal government still has a critical role to ensure that the health care system remains national, that the system contains its national components, which in turn means that the underlying objectives relating to universality, public funding, etc., remain in place. To be sure, there was a problem with extra billing a few years back, which was driven largely because the provinces were not thinking creatively enough about how to implement financing related to health care use. I will elaborate on this in a second.

• 1550

Ottawa's solution here was to hold back cash transfers from the offending provinces, but if the EPF regime continues, as Dr. Rachlis has pointed out, the cash transfers for Quebec will, unless the system changes and according to a certain set of assumptions, run out somewhere before the end of the decade. I think he was correct in asking how does Ottawa enforce anything at this point, but I do not draw from him the same message that he drew. Medicare does not exist in Canada because this program or the Canada Health Act exists; medicare exists because Canadians want it.

Provincial politicians are under far greater pressure than you are to maintain this sacred trust. They will be thrown out of office if they do not maintain it. It is not clear that any of you will be. If you lose it will be for issues other than medicare, and there are many other issues around for some of you. I know. I once tried to become a Member of Parliament.

One of the precepts that I adopted when I was chairman of the Ontario Economic Council was that for programs to be national, they need not be central. I think you undermine the role of the provinces if you feel or if you harbour the belief that their role in the system is to destroy medicare. It clearly is not. Their citizens will never let them do it.

The last area is private sector versus public sector. The difference between the Canadian and U.S. system is not fully captured by the notion that the American system is private and ours is public. It is a little more complicated than that. In terms of physicians, for example, our system is publicly funded but privately delivered. In the U.S. the delivery is also private, and apart from the elderly so is the funding. The funding is private.

Intriguing now, however, is that the free market medicine U.S. style has led to much higher salaries for doctors or much higher incomes, but at the cost of an insurer or third party imposed code for treatment that severely restricts the

[*Translation*]

du déficit fiscal et de la dette, comme je l'ai dit tout à l'heure. Il est certain que les coupures du FPE provoqueront forcément une plus grande décentralisation de la santé dans de nombreuses provinces, mais amèneront celles-ci à rechercher davantage une décentralisation de la santé et un transfert de points fiscaux afin de pouvoir mieux contrôler l'avenir du système de soins de santé. Dans un sens, c'est la règle d'or qui joue. Si Ottawa cesse de verser l'or, il cessera sans doute probablement de dicter les règles, ou certaines des règles.

Le gouvernement fédéral doit toujours veiller à ce que le système de soins de santé reste national, qu'il comporte des éléments nationaux, ce qui signifie également que les objectifs sous-jacents concernant l'universalité, le financement public, etc., restent en place. Un problème de surfacturation s'est posé il y a quelques années, qui était en grande partie dû au fait que les provinces n'essayaient pas vraiment de trouver de nouvelles formules concernant le financement et l'utilisation des soins de santé. Je reviendrai sur ce point dans un instant.

Dans ce cas, la solution d'Ottawa a été de bloquer les transferts de fonds des provinces responsables, mais si le régime de FPE continue, comme l'a dit le M. Rachlis, les transferts de fonds pour le Québec s'épuiseront, à moins que le système ne change et, compte tenu d'un ensemble d'hypothèses, avant la fin de la décennie. Je crois qu'il avait raison de demander comment Ottawa peut réussir à faire respecter quoi que ce soit dans ces conditions, mais je ne tire pas les mêmes conclusions que lui. L'existence du régime d'assurance-maladie au Canada n'est pas le fait du programme ou de la Loi canadienne sur la santé; le régime d'assurance-maladie existe parce que les Canadiens le veulent.

Les politiciens provinciaux sont soumis à des pressions beaucoup plus grandes que vous pour conserver ce pacte sacré. Ils perdront leurs postes s'ils n'y parviennent pas. Ce n'est pas aussi certain pour vous. Si vous perdez votre poste, ce sera pour d'autres questions que l'assurance-maladie, et elles ne manquent pas. Je le sais. J'ai essayé une fois de devenir député.

L'un des préceptes que j'ai adoptés lorsque je présidais le Conseil économique de l'Ontario était que les programmes n'ont pas besoin d'être centralisés pour être nationaux. Je trouve que vous niez le rôle des provinces si vous croyez ou avez l'impression que leur rôle dans le système est de détruire l'assurance-maladie. Ce n'est certainement pas le cas; leurs citoyens ne les laisseront jamais faire.

Le dernier domaine est celui du secteur privé par rapport au secteur public. Pour expliquer la différence entre le système canadien et le système américain, il ne suffit pas de dire que le système américain est privé tandis que le nôtre est public. C'est un peu plus compliqué que cela. Sur le plan des médecins, par exemple, notre système est financé publiquement, mais les soins sont dispensés de façon privée. Aux États-Unis, ils sont également donnés de façon privée, et en dehors des personnes âgées, il en va de même pour le financement. Le financement est privé.

Ce qui intrigue, cependant, c'est que le style marché libre de la médecine américaine a abouti à des salaires beaucoup plus élevés pour les médecins, ou à des revenus beaucoup plus élevés, mais au prix d'un code pour le traitement imposé

[*Texte*]

professional freedom of American phsycians. The so-called socialized medicine in Canada has, thus far at least, preserved professional freedom to a much greater degree than the United States, but at the expense of income. That is a trade-off that has existed. I do not know whether it was thought out and officially designed, but that is the way it has ended up.

As we all know and brag, not only is our system more equitable but it is also much cheaper. What we have to watch out for, in my view, is whether or not, via the Charter among other things, we adopt the U.S. approach to litigation and with it the role of malpractice and malpractice insurance.

In its most recent white paper proposals Quebec attempts to get around this litigation issue and proposes two alternatives: (1) a compensation fund for harm sustained by users as a result of medical or hospital services—presumably this is along the lines of, for example, workers compensation; or (2) a liability insurance plan for physicians entirely financed by the government.

I leave to the constitutional experts, and maybe some of you on this committee are constitutional experts, whether or not this can finesse the Charter. It is clearly an attempt by the provinces, by Quebec in this case, to try to make sure that we do not inherit the U.S. malpractice thing, which would drive up costs dramatically.

The second point I want to make relates to the privatization of some aspects of financing. In the mid-1970s and again in the early 1980s the Ontario Economic Council argued for using the personal income tax system as a means for financing aspects of health care. The scheme would go something as follows. The value of health care services you use would be included as part of your T4 slip. Several provinces now have the ability to do this. I think Alberta is now sending slips to people indicating how much of the health care system they use. Quebec is going to do it. As we move to these smart cards we will be able to do it quite easily. Thus taxpayers will pay tax on the value of the services, up to some overall amount.

If you think about this, this is not quite a user fee. It is incredibly progressive, since whoever is beneath the positive tax level will simply pay none of this. It is the most progressive way of financing health care that I could imagine, particularly if the limit is up to some percentage of your total income so that higher income people would pay progressively more under the tax system.

This was also the recommendation in 1985 of the report by Paul Gobeil, who was a cabinet minister at the time in Bourassa's government. More important, it is now part of the Quebec white paper on health.

[*Traduction*]

par les assureurs ou par de tierces parties qui restreint considérablement la liberté professionnelle des médecins américains. La médecine soi-disant sociale canadienne a, jusqu'ici tout au moins, préservé la liberté professionnelle beaucoup plus qu'aux États-Unis, mais au détriment du revenu. C'est le compromis qui s'est fait. Je ne sais pas si cela avait été pensé et conçu officiellement, mais c'est à cela que nous en sommes arrivés.

Comme nous le savons tous, et nous ne manquons pas de nous en vanter, notre système est non seulement plus équitable, mais il est aussi bien meilleur marché. Nous devons être vigilants, à mon avis, pour voir si, avec la charte, entre autres choses, nous ne risquons pas d'adopter la démarche américaine concernant les litiges et le régime d'assurance contre la négligence professionnelle qui l'accompagne.

Dans ses dernières propositions de livre blanc, le Québec tente de régler ce problème des litiges et propose deux solutions: (1) un fonds de compensation pour les torts causés aux usagers à la suite de services médicaux ou hospitaliers—cela serait probablement conforme au modèle de l'indemnisation des accidents du travail, par exemple—; ou (2) un régime d'assurance-responsabilité pour les médecins totalement financé par le gouvernement.

Je laisse le soin aux experts constitutionnels, et il y en a peut-être parmi les membres de ce comité, de déterminer si cela peut régler le problème de la charte ou pas. Il est clair que ce faisant, les provinces, le Québec dans ce cas-ci, veulent être sûres que nous n'allons pas hériter du système américain de négligence professionnelle, qui ferait terriblement augmenter les coûts.

La deuxième remarque que je voulais faire porte sur la privatisation de certains aspects du financement. Au milieu des années 70 et à nouveau au début des années 80, le Conseil économique de l'Ontario a envisagé d'utiliser le système d'impôt sur le revenu des particuliers pour financer certains éléments des soins de santé. Le régime fonctionnerait à peu près comme ceci. La valeur des services de santé que l'on utilise serait incluse dans le formulaire T4. Plusieurs provinces peuvent maintenant faire cela. Je crois que l'Alberta envoie maintenant aux gens des formulaires leur indiquant les services de santé qu'ils utilisent. Le Québec va le faire. Au fur et à mesure que les cartes magnétiques se répandront, nous pourrons le faire très facilement. Ainsi, les contribuables payeront un impôt sur la valeur des services, jusqu'à concurrence d'une certaine somme.

Si l'on y réfléchit, on voit que ce n'est pas exactement la même chose que faire payer l'usager. C'est extrêmement progressif, puisque toute personne en deçà du niveau d'impôt positif ne payera rien. C'est la façon la plus progressive de financer les soins de santé que je puisse imaginer, particulièrement si la limite correspond à un certain pourcentage du revenu total, de sorte que les personnes à revenu élevé payeraient progressivement plus.

C'est également cette recommandation qui se trouvait en 1985 dans le rapport de Paul Gobeil, qui était à l'époque ministre du Cabinet dans le gouvernement Bourassa. Ce qui est plus important, cela fait maintenant partie du livre blanc sur la santé du Québec.

[*Text*]

• 1555

Specifically quoting from the Quebec report, here is what they plan to do. This is page 601 of the press releases:

> To obtain additional revenues the government intends to set up a services tax on supplementary medical insurance, dental care, eye care, orthoptic and prosthetic services plans, based on the following terms and conditions: the addition to taxable income of the cost of services obtained during the year; the application of a tax to the cost of services provided; and the limiting of the amount collected to a percentage, to be determined, of the taxable income of the individual taxpayer.
>
> This approach will make it possible to maintain services free of charge for welfare recipients and seniors who receive the maximum of the guaranteed income supplement.

Only those who do not receive the guaranteed income supplement will start paying. The report then notes:

> However, the Canada Health Act forbids such a tax to be applied to medical and hospital services, or federal transfers may be reduced by an amount equivalent to what is collected under this tax. The Minister will request that the federal legislation be amended.

I would argue that this is not a user fee as was contemplated by the Canada Health Act. Others may, of course, differ. I think this is exactly what we have to start contemplating as a credible and progressive way to bring consumers into the financing of the Health Act and in a way that ensures that those who have low incomes are not denied full access to the health system.

This completes my public policy perspective on the health care system. Before concluding, however, I want to focus in some detail on the recent Quebec report. By way of introduction to this, I have long argued that one of the problems with the health care system is that it is a top-down system. It is driven by insurers. It is driven by providers. It is driven by institutions, not to mention the additional imposition Ottawa puts on the way the provinces design the system. My concern has always been that there is very little room for citizen input. We have very little choice, very little room for a ground-up approach to health care.

From this perspective, the recent Quebec report represents a change in the conceptual approach to medicine in this country. It is the most important conceptual document ever produced since the beginning of medicare.

The three major chapters of the report are the following. The report is called *Réforme axée sur le citoyen*, "Reform Based Around The Citizen". The three major chapters are "The Citizen as Consumer", "The Citizen as Decision-maker", and "The Citizen as Payer"—or "payee", I guess.

[*Translation*]

Il est dit textuellement dans le rapport du Québec ce que l'on prévoit de faire. Cela se trouve à la page 601 des communiqués de presse:

> Pour obtenir des revenus supplémentaires, le gouvernement entend instituer une taxe sur les services, l'assurance médicale supplémentaire, les soins dentaires, les soins des yeux, les services d'orthoptie et de prothèse, selon les conditions suivantes: l'ajout du coût des services obtenus durant l'année au revenu imposable; l'application d'une taxe sur le coût des services fournis, et la limitation de la somme perçue à un pourcentage, à déterminer, du revenu imposable de chaque contribuable.
>
> Cette formule permettra de conserver la gratuité des services pour les assistés sociaux et les personnes âgées recevant le maximum du supplément de revenu garanti.

Seules les personnes ne recevant pas le supplément de revenu garanti commenceront à payer. Le rapport dit ensuite:

> Cependant, la Loi canadienne sur la santé interdit de percevoir une telle taxe sur les services médicaux et hospitaliers, les transferts fédéraux pouvant autrement être réduits d'un montant équivalent à ce qui est perçu au moyen de cette taxe. Le ministre essaiera de faire modifier la loi fédérale.

À mon avis, cela est différent des frais modérateurs envisagés dans la Loi canadienne sur la santé. D'autres ne seront peut-être pas de cet avis. Je crois que c'est exactement vers ce genre de formule crédible et progressive que nous devons nous tourner pour amener les consommateurs à financer la Loi sur la santé et, dans une certaine mesure, nous assurer que les personnes à faible revenu ne soient pas privées de l'accès au système de santé.

Cela termine mes observations sur la politique publique en matière de système de soins de santé. Cependant, avant de conclure, je voudrais m'attarder d'une façon un peu plus détaillée sur le récent rapport du Québec. En guise d'introduction, je souligne que je dis depuis longtemps que l'un des problèmes du système de soins de santé est qu'il va du haut vers le bas. Il est mené par les assureurs. Il est mené par ceux qui donnent les soins, par les institutions, sans parler des contraintes supplémentaires qu'Ottawa impose aux provinces en ce qui concerne la structure du système. J'ai toujours regretté que l'on fasse si peu de place à l'apport du citoyen. Nous n'avons que très peu de choix, très peu de place pour une approche allant de la base vers le haut dans le domaine de la santé.

De ce point de vue, le dernier rapport du Québec représente un changement dans la façon traditionnelle de concevoir la médecine dans ce pays. C'est le document conceptuel le plus important jamais produit depuis le début de l'assurance-maladie.

Les trois principaux chapitres du rapport sont les suivants. Le rapport est intitulé: «*Réforme axée sur le citoyen*». Les trois principaux chapitres sont: «Le citoyen en tant que consommateur», «Le citoyen en tant que décideur» et «Le citoyen en tant que payeur»...ou «bénéficiaire», je suppose.

[*Texte*]

This reform is the result of many years of thorough research; it builds upon the Rochon commission that reported recently in Quebec. While the English translation will not be out until the end of the month, there are 17 very thorough English press releases, which I have here:

> Reform centred on the Citizen; The Citizen as Consumer; The Citizen as Decision-maker; The Citizen as Payer; The Elderly; Youth at Risk; The Disabled; Alcoholics and Drug Addicts; Services for Aboriginal Nations; Treatment of Physicians; Nurses and other Staff; Community Organizations; Outlying Regions; Principal Reform Measures; Public Health; Services for the Anglophone Community; Services for the Cultural Community.

Now, it is not my intention in focusing on Quebec to downplay the reforms happening in other provinces—far from it. All of them are wrestling with maintaining medicare in an era of restraint. Quebec just comes to mind because its reforms are the most recent and also because it is comparatively advanced in terms of integrating overall health and social policy. Violence in the home and alcoholism are integral parts of the way Quebec views health.

The reason I brought this up is that Ottawa's formal comment on this most significant reform—as I said, the most significant conceptual reform since the public health care was initiated in this country—has been on the so-called user fee it has put in, thereby indirectly, or directly even, condemning this impressive document.

Let me read the user fee by which, Dr. Rachlis said, Quebec is about to destroy medicare. Let me read what the user fee actually said:

> The Minister intends to encourage persons requiring medical attention to first consult CLSC

—which is the community centre in Quebec—

> and private doctor's offices by levying a $5 disincentive fee for each visit to an outpatient clinic that is not an emergency, that is not a consultation following hospitalization, that is not a consultation on referral from a CLSC or a private doctor's office.

Is this a user fee? Does it impede universality?

• 1600

My personal view is that Quebec will eventually drop this provision because it will cost more than $5 to figure out whether or not doing this is worth $5. But it is not in the nature of something that is going to destroy medicare.

I think the reason for the charge being put in is that Quebec is undergoing a sea change in terms of its relationship with Canada and the charge was put in to elicit negative comments from Ottawa on what was really a very

[*Traduction*]

Cette réforme est le fruit de nombreuses années de recherches approfondies; elle s'inspire de la Commission Rochon, qui a récemment présenté ce rapport au Québec. La traduction ne sera pas prête avant la fin de ce mois-ci, mais il y a néanmoins 17 communiqués de presse très détaillés, que je cite:

> Réforme axée sur le citoyen; Le citoyen en tant que consommateur; Le citoyen en tant que décideur; Le citoyen en tant que payeur; Les personnes âgées; Les jeunes à risque; Les personnes handicapées; Les alcooliques et toxicomanes; Les services aux nations autochtones; Les traitements des médecins; Les infirmières et autre personnel; Les organisations communautaires; Les régions éloignées; Les principales mesures de réforme; La santé publique; Les services à la communauté anglophone; Les services aux communautés culturelles.

Je n'ai pas l'intention d'insister sur le Québec pour minimiser l'importance des réformes qui se font dans d'autres provinces. . .loin de là. Elles essaient toutes de se battre pour sauvegarder l'assurance-maladie en période d'austérité. Le Québec vient à l'esprit parce que ses réformes sont les plus récentes et aussi parce qu'il est relativement avancé pour ce qui est de l'intégration du domaine de la santé et de la politique sociale. La violence conjugale et familiale et l'alcoolisme font partie intégrante de la santé pour le Québec.

J'ai soulevé cette question parce que le commentaire officiel d'Ottawa sur cette importante réforme—comme je viens de le dire, réforme conceptuelle la plus importante depuis la mise sur pied d'un régime de santé publique dans notre pays—a porté sur les soi-disant frais modérateurs institués, condamnant ainsi indirectement, ou même directement, ce document majeur.

Je vais vous lire le passage consacré aux frais modérateurs par lesquels, selon le M. Rachlis, le Québec est sur le point de détruire le régime d'assurance-maladie. Permettez-moi de vous lire le texte proprement dit sur le sujet:

> Le ministre entend encourager les personnes ayant besoin d'une attention médicale à consulter d'abord le CLSC

—le centre local de services communautaires au Québec. . .

> et les cabinets de médecin privés en percevant une somme dissuasive de 5$ pour chaque visite dans une clinique de consultation externe lorsqu'il ne s'agit pas d'une urgence, d'une consultation suivant une hospitalisation, ou d'une consultation sur la recommandation d'un CLSC ou d'un cabinet de médecin privé.

Est-ce un frais modérateur? Est-ce aller à l'encontre de l'universalité?

Personnellement, je crois que le Québec finira par abandonner cette disposition, car il en coûtera plus de 5$ pour savoir si cet exercice vaut 5$. Mais ce n'est pas une mesure qui, de par sa nature, va détruire le régime d'assurance-maladie.

Je crois que ces frais ont été introduits parce que le Québec est en train de transformer complètement ses relations avec le Canada, et cela visait à susciter des commentaires négatifs de la part d'Ottawa sur un programme

[*Text*]

good program. Ottawa played full game and obliged fully. In my view, it was motivated by political reasons. I think we have given much more emphasis to the separatist movement in Quebec simply because we focused on one paragraph in a hundred-paragraph document. Anyway, that is my personal view.

In conclusion, I do not deny that Ottawa was the catalyst for the system of hospital insurance and medicare in this country. For this, all Canadians are grateful. Ottawa continues to have an important role to play to ensure that national programs and aspects of national programs are preserved and enhanced. However, it would be nice if in this process members of this committee attempted to throw a few bouquets to the provinces.

To the extent that medicare is a sacred trust, Canadians hold their provincial MLAs and MPPs—depending on what province they are in—to account. At the provincial level there is no surer way, as I know, to lose power than to erode medicare, and thus they are every bit as committed to medicare as all of you and as I.

It would be nice to recognize this fact and to applaud the policies the provinces are trying to put in place, encourage them to seek out efficient and cost-effective ways for their delivery systems and at the same time encourage them to remain committed to the national objectives, recognizing the tremendous financial crisis that is descending upon them as they try to deliver their medicare systems. Within this context any specific message you want to transmit will, I assure you, be much better heard.

These then are my opening comments. I suspect that I am not your typical witness and I apologize for the the fact that my comments may have bordered on the intemperate in several places. I too view medicare as a sacred trust, except that I probably approach it from a different route. But hopefully all roads lead to Rome in this regard. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, doctor, for your presentation this afternoon.

We will move right into questioning. We have about half an hour and six members, so I do not think it is hard to figure out how much time you each have.

Mr. Pagtakhan: Thank you, Dr. Courchene. I would like to start with the $5 fee and pose this scenario to obtain your reaction. A patient who can afford the $5 fee without any difficulty goes to the emergency room of a hospital in Quebec and is told that it is an inappropriate visit because of the conditions you have mentioned. At the same time, before he is told this, a medical examination would have been done and a good deal of help, insofar as absence of an emergency is concerned, will have been given. The person who can afford $5 would of course not mind doing that and can then go home and have a good sleep. However, the person who cannot afford to pay this fee would, when faced with the same problem, perhaps not go to the hospital.

[*Translation*]

par ailleurs excellent. Ottawa a parfaitement joué le jeu et réagi comme il convenait. D'après moi, cela était dû à des raisons politiques. Je crois que nous avons donné beaucoup plus d'importance au mouvement séparatiste au Québec simplement parce que nous nous sommes attachés à un seul paragraphe dans un document qui en comptait 100. Enfin, c'est mon opinion personnelle.

En conclusion, je ne nie pas qu'Ottawa ait été le catalyseur du régime d'assurance-hospitalisation et maladie dans ce pays. Tous les Canadiens sont reconnaissants de cela. Ottawa continue à avoir un rôle important à jouer pour assurer le maintien et le renforcement des programmes nationaux et de leur éléments. Toutefois, il serait bon que dans le cadre de cet examen, les membres du comité tentent de jeter quelques fleurs aux provinces.

Dans la mesure où l'assurance-maladie est un pacte sacré, les Canadiens rendent leurs députés à l'assemblée législative ou au Parlement—selon la province où ils se trouvent,—responsables. Au niveau provincial, le meilleur moyen de perdre le pouvoir, comme je le sais très bien, c'est d'éroder l'assurance-maladie, et les provinces sont donc tout aussi désireuses que vous et moi de conserver le régime.

Il serait bon de le reconnaître et d'applaudir aux politiques que les provinces essaient de mettre en place, de les encourager à chercher des méthodes efficaces et rentables pour assurer la prestation de soins et de services et en même temps à continuer à viser les objectifs nationaux, en reconnaissant la terrible crise financière qu'elles traversent en essayant de conserver leur système d'assurance-maladie. En présentant les choses ainsi, le message que vous voudrez transmettre sera certainement beaucoup mieux entendu, je vous l'assure.

Voilà donc mes commentaires préliminaires. Je suppose que je ne correspond pas au témoin type, et je vous demande de m'excuser si mes commentaires ont été un peu loin à certains moments. Pour moi aussi, le régime d'assurance-maladie est un pacte sacré, sauf que je le conçois peut-être sous un autre angle. Mais espérons que tous les chemins mènent à Rome. Je vous remercie.

Le président: Merci beaucoup de votre exposé cet après-midi.

Nous allons passer tout de suite aux questions. Il nous reste environ une demi-heure et six députés, et il n'est donc pas très difficile de savoir combien de temps va être alloué à chacun.

M. Pagtakhan: Merci, docteur Courchene. Je voudrais, pour commencer, parler de ce ticket modérateur de 5$ et vous proposer un petit scénario pour voir quelle va être votre réaction. Un patient qui peut payer le droit de 5$ sans difficulté va à l'urgence d'un hôpital de Québec et se fait dire que sa visite n'est pas appropriée en raison des conditions que vous avez décrites. En même temps, avant qu'on lui dise cela, un examen médical aurait été pratiqué et, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une urgence, une aide assez importante aurait été donnée. La personne qui a les moyens de payer ces 5$ n'hésitera pas à agir ainsi et pourra ensuite rentrer chez elle passer une bonne nuit. Cependant, la personne qui ne peut pas payer cette somme peut, si elle se trouve dans la même situation, décider de ne pas aller à l'hôpital.

[*Texte*]

What I am worried about is that the one who is really sick will not have an opportunity to go to the hospital because of the fee that has to be paid. Is that a reasonable question to pose as a concern?

Dr. Courchene: It is a very reasonable question to pose. I would have a different interpretation. First of all, as I said, I think this charge was put in place for political reasons, and in this sense Dr. Rachlis is right: the charge is not going to save money because it will take $5 of paperwork to figure out whether this... I think the charge is foolish.

That comment aside, I might give you a rationale for why that charge might make sense. Quebec is trying to have the initial contact with the patient be at one of the integrated centres rather than at an emergency room, so that the patient can be treated holistically, if I can use that term. So if you have an emergency you should go to the emergency room, but if you have a condition that is not an emergency they would just as soon send you over to such a centre to perhaps treat you for more than your medical side, but also for the social or whatever other aspects there are.

• 1605

I think that is part of their rationale, and maybe they have done it wrong. But I am against user fees that are flat across the board and will act as a first salvo deterrent. This may come close. At the very least they are going to say to him...it is exactly what you said: if you want to be treated here, it is going to cost you $5, but we do not think you have anything serious; why do you not go to the clinic over there and get it done for nothing—but you have your choice. I think it is going to cost Quebec more than $5 to do that, so I do not think they are going to follow it through. It is a user fee, in a sense; I am not arguing that it is not. That is not what is going to destroy the universality of the system, it seems to me, but different people can have different views on this.

Mr. Pagtakhan: My second comment would be on the experimentation of many systems across Canada. One or two of them may be models. Are you aware of whether the federal government is participating in some of these provincial changes and to what extent?

Dr. Courchene: I am not aware of direct participation by the federal government but there could be some. Through the whole research side I am sure that some of these proposals and pilot projects—and there are pilot projects everywhere in all provinces—no doubt through the research side there is some federal participation but I am not... You have the federal officials to give you a more direct answer than I can give.

Mr. Pagtakhan: Would you suggest that it would be excellent for the federal government to now be involved in one way or another with these types of pilot projects across the country?

Dr. Courchene: I am glad you asked that question. I have a proposal for the committee that is self-interested. What we need in this country, I think, because there is so much experimentation going on and because... Let me make

[*Traduction*]

Ce qui m'ennuie, c'est que la personne qui est vraiment malade ne pourra pas aller à l'hôpital en raison du droit qu'on lui demandera de payer. Ne croyez-vous pas que c'est là une préoccupation raisonnable?

M. Courchene: C'est une question tout à fait justifiée. Mon interprétation serait différente. Tout d'abord, comme je l'ai dit, ce droit à payer à été institué, d'après moi, pour des raisons politiques, et en ce sens, le Dr Rachlis a raison: cela ne fera pas économiser de l'argent, car il faudra bien 5$ de paperasserie pour savoir si... Ce n'est pas logique.

Ce commentaire mis à part, je pourrais vous expliquer pourquoi en fait ce droit pourrait être justifié. Le Québec voudrait que le premier contact avec le patient se fasse dans l'un des centres intégrés plutôt que dans la salle d'urgence, afin que le patient puisse être traité de façon holistique, si je puis utiliser ce terme. En cas d'urgence, il faut aller au service d'urgence, mais s'il ne s'agit pas d'une urgence, on préférera vous envoyer à l'un de ces centres, où l'on se penchera sur l'ensemble de vos problèmes, et pas uniquement sur l'aspect médical, mais aussi sur les questions sociales ou autres.

Je crois que c'est l'une de leurs raisons, et ils n'auraient peut-être pas dû choisir cette formule. Mais je suis contre les frais payés par l'usager qui sont les mêmes pour tout le monde et ont un effet dissuasif immédiat. Cela n'en est peut-être pas très loin. Au moins, on va dire... c'est exactement ce que vous avez dit: si vous voulez être vu ici, vous devrez payer 5$, mais nous ne croyons pas que vous ayez quelque chose de grave; pourquoi n'iriez-vous pas à la clinique là-bas, et vous faire soigner pour rien... mais vous avez le choix. Je crois que le Québec devra dépenser plus de 5$ pour cela, et je ne pense donc pas que l'on maintiendra cette position. Dans un sens, c'est un vrai ticket modérateur; je ne dis pas le contraire. Ce n'est pas cela qui va détruire l'universalité du système, d'après moi, mais les opinions divergent sur ce point.

M. Pagtakhan: Mon deuxième commentaire porte sur l'expérimentation de nombreux systèmes dans l'ensemble du Canada. Certains d'entre eux sont peut-être des modèles. Savez-vous si le gouvernement fédéral participe à certaines de ces réformes provinciales, et dans quelle mesure?

M. Courchene: Autant que je sache, le gouvernement fédéral n'y participe pas directement, mais il pourrait y avoir certains cas. Dans le domaine de la recherche, je suis sûr que certaines de ces propositions et certains de ces projets pilotes—et il y a des projets pilotes partout dans toutes les provinces—il y a sûrement là une certaine participation fédérale, mais je ne... Les fonctionnaires fédéraux pourraient certainement vous donner une réponse plus directe que moi.

M. Pagtakhan: Voulez-vous dire qu'il serait bon pour le gouvernement fédéral de participer d'une façon ou d'une autre à des projets pilotes de ce genre dans l'ensemble du pays?

M. Courchene: Je suis heureux que vous posiez cette question. J'ai une proposition intéressée à faire au comité. Ce qu'il faut dans ce pays, je crois, étant donné toutes les expériences que l'on effectue, et comme... Permettez-moi de

[*Text*]

a suggestion here. I do not want to embarrass you, though I probably will. I am sure that most of you have not seen the Quebec white paper. It has been out for over a month. You are the committee in this nation looking after health care. I think it is a bit embarrassing that you are not abreast of this activity, what has happened. But you are like every other Canadian. We simply do not know the multiplicity of these things.

What we have at Queen's right now is an intergovernmental institute that looks after federal-provincial relations for all of Canada and it is well known. What we need and what I think you should recommend is a federally funded, or partially federally funded institute that would whip all this stuff together, publish it once a year, find out what is happening in every province, sort of a clearing house for all this type of thing: look at the technology side, the institutionalization side, the payment side, how they treat different cultural groups, how the aboriginals are treated in various provinces. This would be an incredible wealth of information. It would cost less than $500,000 a year to run a very adequate institute. I am offering the services at Queen's University to do that, but that is a bit... There are other places that could also do that. I think that would be a very worthwhile way in which Ottawa could contribute to the information in the system and I think really have a major impact.

The next stage would be to take some of these things and then do research on how valid they are, how they respond to the federal five principles, how they respond to equity, how they respond to universality. That seems to me to be a very good recommendation for the committee.

Mr. Pagtakhan: Obviously you read my bias in applied research and even in that context. So I certainly support you in principle on that, and perhaps the committee will take your comment under advisement.

Mr. Karpoff: You have raised a number of very interesting issues, and I think most of us here are on this committee because we are interested in trying to promote innovation and change, particularly in terms of the efficiency of the system and in controlling costs. We have heard repeated testimonies, and some of us with a background in health care are concerned about that. I also think there is a growing awareness that social policy is equally important. The whole issue of poverty as it affects health is well known.

• 1610

I want to focus on one of the issues, because I think you are right that this user fee in Quebec is a red herring. I am familiar at least with the English parts. It is just not administratively feasible to do it. Going back to your progressive tax idea, I think that is going to be trotted out as the saviour of medicare more likely than a user fee where you pay $5.

Dr. Courchene: I agree.

[*Translation*]

faire une suggestion. Je ne veux pas vous gêner, quoique je le ferai sans doute. Je suis sûr que la plupart d'entre vous n'ont pas vu le livre blanc du Québec. Il est sorti depuis plus d'un mois. C'est votre comité qui examine la question des soins de santé au niveau national. C'est un peu gênant que vous ne soyez pas au courant de toute cette activité, et de ce qui s'est fait. Mais vous êtes comme tous les Canadiens. Nous ne sommes pas informés de toutes ces choses.

Nous avons maintenant à Queen's un institut intergouvernemental qui examine les relations fédérales-provinciales pour l'ensemble du Canada et qui est bien connu. Ce qu'il nous faut, et c'est ce que vous devriez recommander, c'est un institut financé en totalité ou en partie par le gouvernement fédéral qui regrouperait tous ces éléments, les publierait une fois par an, saurait ce qui se passe dans chaque province, un genre de centre de tri pour toutes ces activités qui examinerait le domaine technologique, la question de l'institutionnalisation, le problème des paiements, la façon dont sont traités les différents groupes culturels, les autochtones dans les différentes provinces. Cela représenterait une richesse d'information fantastique. Le coût de fonctionnement d'un institut de ce genre serait inférieur à 500,000$ par an. Je propose les services de l'Université Queen's pour le faire, mais c'est un peu... Il y a aussi d'autres endroits envisageables. Je crois que ce serait pour Ottawa une façon très utile d'apporter une contribution sur le plan de l'information sur le système, et les conséquences pourraient être importantes.

L'étape suivante serait de prendre certains de ces éléments et de faire des recherches pour les évaluer, pour savoir dans quelle mesure ils correspondent aux cinq principes fédéraux, s'ils sont adaptés sur le plan de l'équité, de l'universalité. Cela me semble une recommandation excellente pour le comité.

M. Pagtakhan: Vous savez manifestement que j'ai un préjugé favorable envers la recherche impliquée, et même dans ce contexte. Je suis donc certainement d'accord avec vous sur le principe, et le comité pourrait peut-être réfléchir à votre proposition.

M. Karpoff: Vous avez soulevé plusieurs questions très intéressantes, et pour la plupart, nous sommes membres de ce comité parce que nous voulons promouvoir l'innovation et le changement, particulièrement en ce qui concerne l'efficacité du système et le contrôle des coûts. Nous avons entendu de multiples témoignages, et certains d'entre nous qui ont un certain bagage dans le domaine des soins de santé s'en inquiètent. Je pense aussi que l'on se rend de plus en plus compte que la politique sociale est également importante. On connaît bien toutes les répercussions de la pauvreté sur la santé.

Je voudrais me concentrer sur l'une de ces questions, car je pense que vous avez raison de dire que ce ticket modérateur au Québec est une fausse piste. Je connais assez bien la situation du côté anglais. Administrativement, c'est tout simplement impossible. Pour en revenir à votre idée d'une taxe progressive, je pense que cette formule a plus de chance d'être accueillie comme la formule salvatrice de l'assurance-maladie que le ticket modérateur de 5$.

M. Courchene: D'accord.

[*Texte*]

Mr. Karpoff: I want to understand clearly what you are proposing, and I will use some figures. If you have a person with a $100,000 income, he will have a taxable income of about $80,000 and a tax rate of 50%. So he pays $40,000. If he happens to have been unfortunate that year and used up $10,000 worth of medical services, instead of having a taxable income of $80,000, his taxable income would be $90,000 and he would pay $45,000 tax. Is that how your proposal works?

Dr. Courchene: Basically, that is the way the Gobeil report did it. Remember, we are talking about Quebec, so we are talking about the Quebec side of the tax system, and its rates are sort of one-third of Ottawa's rates.

Mr. Karpoff: But the ratio would be the same.

Dr. Courchene: But I think the Quebec proposal was that you would include up to a maximum of $2,000. If you used up to $2,000, you would include that in income. The maximum you could be assessed under this system was something like $600. So the top limit you would have to pay was $600, and you would pay nothing if you were at the low level. It has limits on it.

Mr. Karpoff: In terms of principle, it is going to be applied to somebody who can afford to pay the $600. So you have two people earning the same level of income, both of whom could afford to pay $600.

Dr. Courchene: Right.

Mr. Karpoff: You are saying that we are going to change our basic philosophy. Right now, both of them will pay $300. The one who happened to have the misfortune of being sick is not going to be penalized.

Dr. Courchene: I understand. The notion is that this is a sickness tax.

Mr. Karpoff: That is right. They are at certain levels of income. So be it. But let us admit that what we are saying is that both people can afford the $600.

Dr. Courchene: Yes.

Mr. Karpoff: So why do we not simply raise the taxes $300 each for medicare, instead of saying to one guy that because he had the misfortune of falling down and breaking his leg, he is going to pay $600 and the next guy will not pay anything. It goes against the fundamental concept that we are saying you will not be economically penalized in this country because you are ill. In the United States, you are going to be economically penalized because you are ill.

I spoke to a woman from California who happened to be in New Zealand the same time we were, and both her and my mother fell and broke their legs. This woman was from a fairly affluent family, but because of changes in her husband's employment, medicare had discontinued. She said if she had been in the United States, they would have been bankrupt. What is your answer to that? Are you prepared to say that we are now going to penalize people through the tax system because they have been ill?

[*Traduction*]

M. Karpoff: Je voudrais être sûr de bien comprendre ce que vous proposez, et je vais prendre quelques chiffres. Prenons quelqu'un qui a un revenu de 100,000$; il aura un revenu imposable d'environ 80,000$ et un taux d'imposition de 50 p. 100. Il paie donc 40,000$. S'il a eu le malheur de dépenser 10,000$ cette année-là en frais médicaux, son revenu imposable, au lieu d'être 80,000$, sera de 90,000$, et il paiera 45,000$ de taxe. C'est bien comme cela que fonctionne votre proposition?

M. Courchene: En gros, c'est ce que prévoyait le rapport Gobeil. N'oubliez pas que nous parlons du Québec, donc de la fiscalité telle qu'elle est pratiquée au Québec, où les taux sont à peu près le tiers de ce qu'ils sont à Ottawa.

M. Karpoff: Mais le rapport serait le même.

M. Courchene: Il me semble cependant que la proposition du Québec prévoyait d'inclure jusqu'à un maximum de 2,000$. Si l'on utilisait jusqu'à 2,000$ de services, ils seraient inclus dans le revenu. Le maximum d'imposition que l'on pourrait avoir dans ces conditions serait de 600$. Autrement dit, votre plafond de paiement serait de 600$, et vous ne paieriez rien si vous étiez au niveau inférieur. Il y a donc des limites.

M. Karpoff: En principe, ce système va s'appliquer à quelqu'un qui a les moyens de payer les 600$. Prenez donc deux personnes qui ont le même niveau de revenu et qui ont toutes deux les moyens de payer les 600$.

M. Courchene: Bon.

M. Karpoff: Vous dites que nous allons modifier notre philosophie de base. Actuellement, les deux vont payer 300$. Celui des deux qui aura eu le malheur d'être malade ne sera pas pénalisé.

M. Courchene: Je comprends. L'idée, c'est que c'est une taxe sur la maladie.

M. Karpoff: Exactement. Ils sont à un certain niveau de revenu. Soit. Mais admettons que ce que nous disons, c'est que ces deux personnes peuvent se permettre de payer les 600$.

M. Courchene: Oui.

M. Karpoff: Dans ce cas, pourquoi ne pas simplement augmenter les taxes de 300$ pour chacun pour couvrir l'assurance-maladie, au lieu de dire à l'une de ces deux personnes que parce qu'elle a eu le malheur de tomber et de se casser la jambe, elle doit payer 600$, alors que l'autre ne paiera rien. C'est en contradiction avec notre principe fondamental qui veut qu'on ne pénalise pas économiquement quelqu'un parce qu'il est malade. Aux États-Unis, on est pénalisé économiquement si l'on est malade.

J'ai parlé à une femme de la Californie qui était en Nouvelle-Zélande en même temps que nous: ma mère et elle étaient tombées toutes les deux et s'étaient toutes les deux cassé la jambe. Cette femme venait d'une famille relativement riche, mais à la suite de changements dans l'emploi de son mari, ils avaient cessé d'être couverts par l'assurance-maladie. Elle nous a dit que si elle avait été aux États-Unis, ils auraient été ruinés. Que répondez-vous à cela? Êtes-vous prêt à dire que nous allons désormais pénaliser fiscalement les gens qui auront le malheur d'être malades?

[*Text*]

Dr. Courchene: That is one interpretation. You can put it that way if you want. I would argue that there are services out there. You have consumed them and you have an ability to pay, so you should be levied some charge. One reason why I would prefer that to just putting it on income tax is if you put it on income tax for everybody, soon people forget why it is there.

There is a further role for having the consumer fully aware of what he is costing the health care system, and that is just to remember that at base he has to pay for it and he has a role in it. If Quebec wants to have the citizens play a role in managing it and in paying for it, it must also at the same time alert the consumers to how much various things cost. There are also other provisions wherby consumers have to sign for everything they do so that they know exactly what services are rendered.

• 1615

There is some information content here. If you do not like this particular tax you can work it the other way where you levy it on everybody and then you give a credit of $1,000 to anybody who happens not to use the system to a certain amount. That is a wellness benefit rather than a sickness tax, but at least it tends to put an emphasis on the consumer that there is some incentive for him to try to be healthy, to try to take advantage. . .

My final comment—and I know I am taking too much time here—is to ask you to remember that Quebec is doing this for those activities that are basically peripheral to the health system right now, dental and eyeglasses. They are not putting it on the basic health. For these things some provinces offer and some provinces do not, and compared to provinces where you have to pay for it, this is much better.

Mr. Karpoff: If you do it for health care why do you not do it for education, for the users of the highways, the users of all the different—

Dr. Courchene: We certainly should do that. We do it for the highways. We have a gasoline tax, and whether you are rich or poor you pay it. I am saying if you want to use the hospital system, at least we will have it income-related. The gasoline tax is not income-related.

Mr. Karpoff: If you use the education system you pay a tax.

Dr. Courchene: Exactly. We should have higher tuition fees, but that is a different committee, I think.

Mme Bertrand (Brome—Missisquoi): Merci, monsieur le président. Avec le nom que vous portez, monsieur Courchene, je suppose que vous êtes bilingue?

Dr Courchene: Je suis né à Duck Lake en Saskatchewan. C'est une région où il y a des francophones, mais je suis pour ainsi dire anglophone. Vous pouvez me parler en français.

[*Translation*]

M. Courchene: C'est une interprétation. Vous pouvez voir les choses de cette façon-là si vous le voulez. Personnellement, je considère qu'il y a des services, que vous les utilisez et que vous êtes en mesure de payer, et que, par conséquent, vous devez assumer certains frais. Si je préfère cette formule plutôt que d'inclure cela dans les impôts sur le revenu, c'est que si c'est intégré aux impôts sur le revenu de chacun, les gens vont rapidement oublier la raison de ce prélèvement.

Faire prendre pleinement conscience au consommateur de ce qu'il coûte au système de santé, c'est aussi un moyen de lui rappeler qu'à la base, il faut payer ces soins et qu'il a un rôle à jouer à cet égard. Si le Québec veut que les citoyens participent à la gestion et au financement, il faut aussi qu'il fasse prendre conscience aux consommateurs du prix de diverses choses. Il y a aussi d'autres dispositions qui prévoient que le consommateur signe chaque acte afin de savoir exactement quels services on lui rend.

La formule a un certain contenu d'information. Si on n'aime pas cette taxe particulière, on peut la façonner différemment en accordant un crédit de 1,000$ à quiconque ne dépasse pas un certain plafond d'utilisation du système. Il s'agit alors d'une prestation de santé plutôt que d'une taxe sur la maladie, mais au moins, cela sert à faire comprendre au consommateur qu'il a intérêt à essayer d'être en bonne santé, à profiter. . .

En dernier lieu—et je sais que je prends trop de temps—je vous demanderais de vous souvenir que le Québec fait cela pour des domaines qui sont fondamentalement en périphérie du système de santé actuellement, le domaine dentaire et celui de la vue. Il n'applique pas ce système à la santé fondamentale. Certaines provinces couvrent ce genre de choses et d'autres non, et comparativement aux provinces où il faut les payer, c'est bien plus avantageux.

M. Karpoff: Si vous le faites pour les soins de santé, pourquoi ne pas le faire pour l'éducation, pour les utilisateurs du réseau routier, les utilisateurs des divers. . .

M. Courchene: On pourrait certainement le faire. On le fait déjà pour les routes. Nous avons une taxe sur l'essence, et tout le monde, riche ou pauvre, la paye. Ce que je dis, c'est que si l'on veut utiliser le régime hospitalier, au moins, il y aura un rapport avec le revenu, alors que la taxe sur l'essence n'a aucun rapport avec le revenu.

M. Karpoff: Si vous vous servez du système scolaire, vous payez une taxe.

M. Courchene: Exactement. Il faudrait avoir des frais de scolarité plus élevés, mais je pense que cela relèverait d'un autre comité.

Mrs. Bertrand (Brome—Missisquoi): Thank you, Mr. Chairman. I gather from your name, Mr. Courchene, that you are bilingual?

Dr. Courchene: I was born in Duck Lake, Saskatchewan. You do find some francophones in that area, but I am an anglophone so to speak. But you can speak French to me.

[*Texte*]

Mme Bertrand: Je suis très heureuse de voir que vous êtes très au courant de la réforme du Québec. Vous parlez du rapport Gobeil, mais il y a eu la Commission Rochon aussi, et c'est le ministre Marc-Yvan Côté qui propose la réforme. Je ne sais pas quel nom va porter la réforme de la santé au Québec, finalement. Quant au but de ces cinq dollars pour ce qui est de ce «ticket orienteur» et non pas «modérateur», ce n'est pas tellement pour épargner des fonds que pour régler surtout l'engorgement des salles d'urgence. Je ne sais pas comment c'est dans les hôpitaux du Canada, mais dans ceux du Québec les salles d'urgence sont absolument engorgées et il est impossible de donner des services de qualité aux patients.

Le patient qui se présenterait à une salle d'urgence devrait donc avoir un certificat de son médecin de famille qui atteste de la nécessité d'une hospitalisation, ou devrait être passé par le CLSC, qui lui, jugeant ne pouvoir offrir un traitement, déclarerait le patient admissible aux soins de la salle d'urgence sans frais. Donc ce n'est pas tellement pour réduire les coûts que pour diminuer l'encombrement des salles d'urgence des hôpitaux.

Il faut aussi noter une dépense exagérée des fonds parce qu'on utilise mal la carte, également. Le même patient peut aller chez trois médecins pour avoir trois diagnostics différents et ça ajoute aux coûts de l'assurance-maladie. De plus, il y a énormément de fraude. J'en faisais part à mes collègues, et on a beaucoup de mal à le croire, mais beaucoup d'Américains louent la carte de citoyen canadien pour se faire soigner gratuitement au Québec. On traverse la frontière et on loue la carte d'un citoyen canadien qui se prête à ce jeu. Il y a de la fraude et une mauvaise utilisation de la carte d'assurance-maladie. Il y a donc toutes sortes de raisons pour lesquelles, au Québec, on a décidé de faire quelque chose car on n'arrive plus à payer ces dépenses.

Vous ai-je bien compris, docteur? Vous dites que le gouvernement fédéral devrait être ouvert à toute innovation du Québec ou d'une autre province qui permettrait une diminution des coûts tout en maintenant l'accessibilité, l'universalité et la qualité des soins.

• 1620

Je me pose une question à propos d'un commentaire que vous avez fait. Vous dites que vous pensez que le ministre fédéral a dit non au ministre de la santé du Québec pour des fins politiques. C'est embêtant, car je porte un chapeau de québécoise et je suis députée du gouvernement fédéral. Alors je viens un peu à la rescousse de mon ministre. Il a pensé que l'idée du Québec, avec ce «ticket orienteur», allait à l'encontre de la Loi sur la santé nationale, et c'est pour préserver cette loi qu'il a demandé plus d'informations. Il n'a pas dit non de façon catégorique, mais il a demandé au Québec de fournir plus d'explications.

Je reviens quand même à ma question. Suggérez-vous au ministre fédéral d'être très ouvert aux idées innovatrices des ministres de la santé des provinces, quitte à pouvoir peut-être modifier la Loi sur la santé nationale, s'il le faut?

Dr. Courchene: Thank you very much for another explanation of the role of the user fee.

[*Traduction*]

Mrs. Bertrand: I am very pleased to see that you are fully aware of the Quebec reform. You mentioned the Gobeil report, but there was also the Rochon Commission, and the reform has been proposed by Minister Marc-Yvan Côté. I do not know what the health reform in Quebec will be called ultimately. As to the purpose of this user fee of $5 which is an incentive rather than a disincentive, the rationale is not so much to achieve savings as to solve the problem of overcrowded emergency wards. I am not aware of the situation in hospitals throughout Canada, but in Quebec, emergency wards are totally overcrowded and it is impossible to provide patients with quality services.

The patient who would come to an emergency ward would therefore be required to have a certificate of his family practitioner certifying that he has to go to hospital, or would have had to go to a CLSC where from, if it was not possible to treat him on the spot, he would have been referred to the emergency ward at no cost. It is therefore not so much a matter of reducing costs as an attempt to solve the problem of overcrowded emergency wards in hospitals.

It should also be noted that considerable waste occurs because of improper use of the card. One patient may see three different doctors to get three different diagnoses, and that add to the cost of medicare. Also, there is a huge amount of fraud. I said this earlier to my colleagues, and it is very difficult to believe, but a lot of American citizens rent the cards of Canadian citizens to be able to obtain free treatment in Quebec. They cross the border and rent the card of a Canadian citizen who is willing to play the game. There is a fraudulent use and a misuse of the medicare card. So there are a whole number of reasons why we decided in Quebec to get something done because we can no longer bear those costs.

Did I understand correctly, Doctor? You are saying that the federal government should be open to any innovation in Quebec or another province that would provide for lower costs while maintaining accessibility, universality and quality care.

There is a question I want to ask about a comment you made. You said you thought that the federal minister said no to the Quebec Health Minister on political reasons. This is a problem for me, since I am a Quebecker as well as a Federal M.P. That is the reason why I am trying to go to my minister's rescue. He thought that the user fee principle proposed by Quebec was in contradiction with the Canada Health Act, and he asked for more information in order to protect this act. He did not completely close the door, but he asked Quebec for more explanations.

However, I still want to ask my question. Are you asking the Federal Minister to remain open to innovative ideas suggested by the Health Ministers of the various provinces, even if that means that the Canada Health Act would have to be amended?

M. Courchene: Merci beaucoup pour cette nouvelle explication au sujet de l'utilité du ticket modérateur, ou orienteur.

[*Text*]

I do not think I said that the federal government said no to Quebec on political reasons. It turned out to play well politically in Quebec. . . Also, I understand that it was not an unqualified no—but no, until I would look at it further—but that is not always the way it gets reported in newpapers.

On your overall question about the degree of flexibility and innovation, I think that, yes, Ottawa should encourage that. Just let me give you one example. There are problems with these innovations and some of them run philosophically against the Charter. For example, Saskatchewan has a magnetic card of some sort for its drug plan. All your prescriptions are on there. One of the things it does is dramatically reduce fraud, because you cannot go the same day and get five different prescriptions for valium because they know you had a previous one that same day.

I have heard somewhere, perhaps inappropriately or wrongly, that in the first couple of months they saved more than the cost of printing all these cards, simply by not having people go and get ten prescriptions in one day. But then you run into the problem of what you can put on these cards. Also, there are problems of confidentiality, access, and you may be running into constitutional rights. So there are some concerns with them.

My son is a physician. Lots of times when he is working in emergency and somebody comes in from an automobile accident it would just be great if he had a smart card with all his records on it. You would just slip it into a machine and find out exactly this person's full record. But he does not have that. So here is a case where something is not only cost efficient but ends up helping you, helping the payment system, giving better delivery.

So some of these innovations help in all sorts of ways, and I think we just have to have enough faith in the system that it is going to start turning up these sorts of things, and just believe that they are consistent with Canadians' approach to medicare.

Mr. Karpoff: [*Inaudible—Editor*]

Dr. Courchene: One of the really problematic things with the province of Ontario is that until now its whole medical insurance was essentially a payment system and it was absolutely useless to do any research. You could not do any research because of how the information flowed through the system. If you get your information flowing through the system the right way, it will act as a control. What is the famous law? Change information and you automatically change the system. Information is power, and if you get the information flowing the right way to help you control the system and to help you do research then you dramatically improve the system.

Ms Greene: Just on that point, why then has Ontario introduced a stupid card?

[*Translation*]

Je ne crois pas avoir dit que le gouvernement fédéral avait dit non au Québec pour des raisons politiques. Les résultats politiques se sont d'ailleurs avérés plutôt intéressants pour le Québec. . . Par ailleurs, je crois qu'il ne s'agissait pas d'un non catégorique, mais plutôt d'une demande de réflexion. Malheureusement, les comptes rendus des journaux ne sont pas toujours exacts.

Quant à votre question, je pense en effet qu'Ottawa devrait encourager la souplesse et les innovations. Laissez-moi vous donner un exemple. Les idées innovatrices posent parfois problème, et certaines d'entre elles vont à l'encontre des principes de la charte. Ainsi, la Saskatchewan a distribué une carte magnétique aux prestataires de son régime d'assurance-médicament. Cette carte donne accès à toutes les ordonnances du patient. Elle a permis, entre autres, de réduire considérablement les fraudes, étant donné qu'il n'est plus possible désormais de se procurer cinq fois du valium dans la même journée, puisque le pharmacien sait que le consommateur en a déjà acheté le même jour.

Je ne sais pas si c'est vrai, mais j'ai entendu dire qu'il n'a fallu que deux mois à la Saskatchewan pour récupérer largement le coût d'impression de toutes ces cartes, tout simplement parce que les gens ne pouvaient plus obtenir 10 fois la même ordonnance dans la même journée. En revanche, il y a le problème de toutes les informations que l'on peut enregistrer sur ces cartes. Il y a également un problème de confidentialité, d'accès et de non-respect des droits constitutionnels. Par conséquent, le système pose certains problèmes.

Mon fils est médecin et, souvent, quand il reçoit un accidenté de la route aux urgences, il aimerait bien utiliser une de ces petites cartes magiques pour connaître tous les antécédents médicaux du patient. Il suffirait de glisser la carte dans une machine pour avoir accès au dossier médical du blessé. Malheureusement, cela n'existe pas. Voilà donc une idée innovatrice qui est non seulement rentable, mais qui en plus est profitable pour le consommateur et le régime d'assurance et permet de donner de meilleurs soins.

Par conséquent, certaines de ces innovations ont de nombreuses utilités, et je pense que nous devons faire confiance au régime afin qu'il puisse produire des formules nouvelles, tout en espérant qu'elles soient fidèles aux principes de l'assurance-maladie canadienne.

M. Karpoff: [*Inaudible—Éditeur*]

M. Courchene: Un des véritables problèmes, en Ontario, c'est que, jusqu'à présent, le régime d'assurance-maladie était essentiellement un système de remboursement qui ne permettait absolument pas la recherche. La circulation des informations à l'intérieur du système rendait impossible toute recherche. En effet, les informations constituent un moyen de contrôle lorsqu'elles circulent de la manière prévue dans le système. Mais, comme le dit la fameuse loi, en modifiant les informations, on change automatiquement le système. L'information a beaucoup de pouvoir, et l'on améliore considérablement le système si l'on parvient à faire circuler les informations, aussi bien à des fins de contrôle qu'à des fins de recherche.

Mme Greene: Justement, pourquoi le gouvernement ontarien nous impose-t-il cette fichue carte?

[*Texte*]

• 1625

Dr. Courchene: I think the move to an individual identifier is the correct move for Ontario. I have not followed the details of just how this card is used or what its characteristics are, but in principle I think that having an individual identifier is the correct way to go, because it is only in that way that you can have your records. Otherwise, if you have your family's card, you have a whole bunch of treatments on the card, but you do not really know who had them. So I think you have to move to an individual identifier. I do not know enough about Ontario's system, whether they are putting it in a way that is flexible enough to adjust five or six years down the road to handle it.

Ms Greene: No, they have to introduce another one.

Dr. Courchene: Perhaps. I do not understand how they have done it.

Ms Greene: I want to ask you some further questions about Bill C-69. As I understand it, what Dr. Rachlis and others are saying is that because the federal government is limiting, first of all, the Canada Assistance Plan transfers to provinces that are "have provinces" to 5%—this really only affects Ontario, because nobody else was spending over 5%—and because the EPF transfers are being limited to zero, plus any population increase, for two years, this is going to mean that in ten years there will be no cash transfers to provinces. I think what he is saying is that it would be because the funds raised from income tax revenues across the country would be. . .every province would be able to raise those funds if the federal government transferred through the tax transfers. How does that work? I wonder if you would clarify that whole area.

Dr. Courchene: I think your initial motion earlier was correct, that you ought to get Gilles Loiselle, the Minister of State for Finance, to come here. My understanding of what is happening is that the EPF cap was growing at let us say the rate of growth of GNP—

Ms Greene: That would be 6.5% total provincial transfers since 1984.

Dr. Courchene: And the tax transfers are growing like that too, because GNP is growing, and this thing is frozen now for a couple of years. While it is frozen—the overall total is frozen—the tax component is still growing because GNP is still growing. At some point the cash transfer is only the difference here and it gets smaller and smaller. If the value of the existing tax transfers, not new ones, cut through this ceiling, then, of course, the tax transfers fall to zero.

Now, I think it is the case that you can make some assumptions on the rate of growth of GNP, etc., where you can find that the cash transfers for Quebec will fall to zero some time in the 1990s. I think the evidence for that first came from a Quebec budget paper and not from Ottawa. If this occurs, it will occur in Quebec much earlier than the rest of Canada, because Ottawa has transfered an extra 16.5 points to Quebec which the other provinces get in lieu of cash.

[*Traduction*]

M. Courchene: Je pense que l'Ontario a bien fait d'adopter une carte d'identification individuelle. Je ne sais pas exactement comment on utilise cette carte, ni quelles sont ses caractéristiques, mais je pense que le principe est bon, car c'est le seul moyen d'avoir des dossiers personnels. En effet, la carte familiale donne accès à un dossier faisant état de toutes sortes de traitements, mais ne précisant pas exactement qui les a reçus. Par conséquent, la carte individuelle d'identification est indispensable. Je ne connais pas suffisamment le système ontarien pour savoir s'il est assez souple pour être modifié dans cinq ou six ans.

Mme Greene: Non, il faudra instaurer un nouveau système.

M. Courchene: Peut-être. Je ne sais pas comment cela fonctionne.

Mme Greene: J'aimerais vous poser d'autres questions au sujet du projet de loi C-69. Si j'ai bien compris, le M. Rachlis et d'autres témoins ont affirmé que le gouvernement fédéral a tout d'abord l'intention de limiter à 5 p. 100 les transferts faits aux provinces riches en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. Cette mesure n'affecte que l'Ontario, étant donné qu'aucune autre province ne dépensait plus de 5 p. 100, et comme les transferts au titre du FPE sont réduits à zéro, compte tenu de l'accroissement de la population, pendant deux ans, cela signifie que dans dix ans, les transferts aux provinces n'existeront plus. Je crois que le M. Rachlis estime que les fonds provenant des recettes de l'impôt sur le revenu prélevé dans l'ensemble du pays seront. . . Chaque province pourrait lever elle-même ces fonds si le gouvernement fédéral faisait des transferts fiscaux. Comment cela fonctionne-t-il? Pourriez-vous nous donner des éclaircissements?

M. Courchene: Je pense que votre idée initiale était bonne et que vous devriez inviter Gilles Loiselle, le ministre d'État aux Finances, à venir témoigner. J'avais l'impression que le plafond des transferts au titre du FPE variait en fonction du taux de croissance du PNB. . .

Mme Greene: Cela porterait à 6,5 p. 100 le total des transferts aux provinces depuis 1984.

M. Courchene: Les transferts d'impôt augmentent à ce rythme-là également, puisque le PNB est à la hausse, mais ils sont désormais gelés pour les deux prochaines années. Bien que le total global soit gelé, la portion fiscale continue d'augmenter au même rythme que le PNB. À un moment donné, le transfert pécuniaire représente la seule différence et rétrécit de plus en plus. Si la valeur des transferts d'impôt existants dépasse ce plafond, les transferts d'impôt seront, bien entendu, réduits à zéro.

Selon les hypothèses que l'on peut faire au sujet du taux de croissance du PNB, etc., on peut constater que les transferts pécuniaires vers le Québec tomberont à zéro au cours des années 90. Je crois que c'est un document budgétaire du Québec, et non pas d'Ottawa, qui en a parlé le premier. Si cela se produit, le Québec le vivra beaucoup plus tôt que les autres provinces du Canada, étant donné qu'Ottawa lui a accordé 16,5 points de plus qu'aux autres provinces, en guise de transferts pécuniaires.

[*Text*]

When this happens, we will have a huge problem on our hands, because when Quebec starts breaking through that, it is going to get 16.5 tax points the other provinces will not have. I can guarantee that they are going to ask for them very quickly, probably tomorrow, when they find out.

I think what is eventually going to happen here is that Ottawa is going to have to come to a decision when this occurs and say this may not be the right thing to do; we may have to increase the GST one more point to help finance the health care system, or whatever. I have been watching the fiscal system enough to predict now what is going to happen eight years from now. It will probably not hold. There are all sorts of things that will occur in between, and I think there is going to be some very, very tough bargaining on the Canada Assistance Plan, on EPF, on equalization over the next year or two and this stuff will be sorted out. The provinces will be making this point and Ottawa will be saying well, we have a fiscal debt and we have to make some of this transfer, so. . .

I think what Dr. Rachlis said—I have even made this point earlier, in a different context—may be correct, that there is the potential for this to happen. Everybody in the system knows about it and we are going to have some negotiations about whether we want it occur and how we want to phase it in, if that is what we want, or if that is what Ottawa wants.

• 1630

Mr. Karpoff: It is going to happen automatically.

Dr. Courchene: If the system stays as it is, under certain assumptions it may occur. For non-Quebec Canada I think it will occur in the year 2007, as an estimate, so it is a long way off. I do not think our current fiscal system will be in place in the year 2000. Having been the only non-Quebecker to speak before the Bélanger-Campeau commission, I have some very severe concerns about whether any of us will be around. Let us put it this way: it will be very difficult in a few years for Ottawa to make sure it can maintain its hockey franchise. We will leave it at that.

Mr. Cole: Further to what the previous witness said and along the lines you were talking about, do you feel it is necessary that the only way we can maintain national health standards in this country, if we all believe in certain standards and quality of care and one thing and another, is to bribe the provinces? Because that is really what we are saying.

Dr. Courchene: I do not think I said anything about bribing the provinces.

Mr. Cole: I did not say you did. That is what I heard the previous witness say. The only way we can do that is to have that dollar figure sitting there. Yes or no? In other words, if we do not give you the dollars, you are not going to maintain national standards; if we do give you the dollars, you will maintain national standards. I think he was very clear on that.

Dr. Courchene: I do not believe that.

Mr. Cole: I do not believe that either.

Dr. Courchene: I think medicare comes from Canadians, and no individual Canadian would. . .

[*Translation*]

Le jour où cela se produira, nous aurons un véritable problème, puisque le Québec aura 16,5 points d'impôt de plus que les autres provinces. Je peux vous garantir que le reste du Canada ne tardera pas à exiger le même traitement.

À ce moment-là, je crois qu'Ottawa devra réagir et prendre une décision; il est possible que le gouvernement augmente la TPS d'un point de pourcentage pour aider à financer le régime d'assurance-maladie. Je connais suffisamment bien le régime fiscal pour vous dire que nous y viendrons probablement dans huit ans environ. Je crois qu'il y aura des problèmes et que toutes sortes de choses se produiront entre temps. Dans un an ou deux, il y aura des négociations extrêmement serrées au sujet du Régime d'assistance publique du Canada, du financement des programmes établis et des paiements de péréquation. Les provinces avanceront cet argument, et Ottawa leur répliquera qu'il a une dette fiscale et qu'il faut effectuer certains transferts. . .

Je pense que les observations du M. Rachlis sont justes et que cette situation risque de se produire. J'en ai moi-même parlé dans un autre contexte. Tous les intervenants ressentent cette situation, et il faudra négocier afin de savoir si nous voulons qu'elle se produise et comment nous souhaitons la résoudre. Il faudra négocier avec Ottawa.

M. Karpoff: C'est ce qui va arriver, qu'on le veuille ou non.

M. Courchene: Si le régime n'est pas modifié, il y a des chances que la situation se produise. À mon avis, pour les provinces autres que le Québec, cela se produira en 2007. Cela nous laisse encore pas mal de temps. Je ne pense pas que notre régime fiscal actuel sera en place en l'an 2000. Je suis le seul non-Québécois à avoir comparu devant la Commission Bélanger-Campeau et je peux vous dire que je me demande vraiment si le Canada existera toujours à cette date-là. Pour parler de manière imagée, disons que, dans quelques années, il sera très difficile pour Ottawa de conserver sa franchise de hockey: je n'en dirai pas plus.

M. Cole: Conformément à ce qu'a dit le témoin précédent et aux commentaires que vous venez de faire, croyez-vous que le seul moyen de maintenir au Canada des normes nationales de santé et de qualité soit de soudoyer les provinces?

M. Courchene: Je n'ai jamais évoqué l'idée de soudoyer les provinces.

M. Cole: Je ne parlais pas de vous, mais du témoin précédent. Le seul moyen d'arriver à nos fins n'est-il pas de maintenir le montant des transferts? Autrement dit, si Ottawa fournit les fonds, les provinces maintiendront les normes nationales; sinon, elles ne le feront pas. Le témoin a été très clair à ce sujet.

M. Courchene: Je ne crois pas à cela.

M. Cole: Cela ne me paraît pas non plus plausible.

M. Courchene: Ce sont les Canadiens qui veulent l'assurance-maladie et aucun d'entre eux ne voudrait. . .

[*Texte*]

Mr. Cole: I agree with you 100%.

Dr. Courchene: Let me give you an example. There is not a single piece of federal legislation in the securities industry, yet with the Montreal Stock Exchange, the Toronto Exchange, and some people could have a bit of a problem with the Vancouver Stock Exchange, I believe... Okay, it has its role. But Canada has, for a country of its size, an incredibly efficient financial securities system and there is no federal legislation. That relates to my earlier point that for programs to be national they need not be central.

Mr. Cole: I agree. One of the things I have difficulty with is trying to say that everything has to be central and that we have to be funding it. That relates to what you are saying. But I think there is more initiative, drive, and competitiveness if the provinces are allowed to have that competitiveness.

I think back to a few years ago, when the provinces came onstream in getting medicare. Saskatchewan said they had their plan, another province said they wanted to be like Saskatchewan because they have a plan and have improved it, then someone else said they wanted to have one and all of a sudden we had this snowball effect. Then the feds, for whatever reason—and I am sure there were valid reasons—said they had better get in on the act. So the feds got into the act and took the initiative away from the provinces. We had the initiative and are very proud to say that we have a better system than the Americans and than this one. But we have taken away that individual competitiveness.

You are suggesting putting more competitiveness in the system, not at the medical or the delivery level, but at the provincial level, so that you have created this innovative opportunity.

Dr. Courchene: Exactly. I think Ottawa's principal role is to be the compassionate umpire, not to call off the game.

Mr. Cole: Correct me again if I am wrong; I am going to repeat what you said: "It does not take central dollars to have a national system".

Dr. Courchene: Exactly. Central dollars can help, but we all know that. You have more influence. My golden rule example is that if you do have gold the provinces will probably allow you to make more rules. But my perception of what has been happening in health care and the reason why the provinces are increasingly angry with the system is that Ottawa has started to cut funding, to decide what ought to be regulated, and to try to get into some specific regulation.

Personally, I think the Canada Health Act of 1984 was unconstitutional and that it tries to invade what the provinces thought was their own tax base, namely the sales tax area. Whether the provinces are right or wrong, they feel they are being pushed into a corner and they either want the tax points or some flexibility.

[*Traduction*]

M. Cole: Je suis tout à fait d'accord avec vous.

M. Courchene: Prenons un exemple. Il n'existe aucune loi fédérale régissant l'industrie des valeurs mobilières, et pourtant, que ce soit à la Bourse de Montréal ou de Toronto... À la Bourse de Vancouver, ce serait peut-être différent. Passons. Malgré l'absence de législation fédérale, le Canada, pour un pays de sa taille, dispose d'un marché des valeurs mobilières incroyablement efficace. Je veux en venir à ce que je disais tout à l'heure, en l'occurrence, que les programmes nationaux ne doivent pas nécessairement être centralisés.

M. Cole: Je suis d'accord. Ce qui me pose problème, c'est que l'on dise que tout doit être centralisé et financé par Ottawa. Je rejoins ce que vous avez dit. Mais je pense que les provinces seront plus compétitives et feront preuve de plus d'initiative si on leur donne la possibilité de le faire.

Cela me rappelle ce qui s'est passé il y a quelques années, lorsque les provinces ont décidé d'instaurer un régime d'assurance-maladie. La Saskatchewan a dit qu'elle avait son propre plan et d'autres provinces ont voulu l'imiter et tout cela a fait boule de neige. C'est alors que le gouvernement fédéral a décidé, fort justement d'ailleurs, qu'il était temps d'intervenir. Le gouvernement fédéral est donc intervenu et a repris l'initiative des provinces. Nous avons eu cette initiative et nous sommes très fiers d'avoir un meilleur régime d'assurance-maladie que les Américains et que les autres régimes envisagés. En revanche, nous avons supprimé la concurrence.

Vous proposez, quant à vous, de réinstaurer la concurrence, non pas au niveau médical ou au niveau de la prestation, mais au niveau provincial, de manière à encourager l'innovation.

M. Courchene: Exactement. Je pense que le rôle principal d'Ottawa consiste à écouter et arbitrer de manière attentive plutôt qu'à régir.

M. Cole: Corrigez-moi si je fais erreur, mais je crois que vous avez dit qu'il ne fallait pas nécessairement qu'un régime national soit financé par Ottawa.

M. Courchene: Bien entendu, le gouvernement fédéral a plus d'influence s'il participe au financement. À mon avis, les provinces laisseraient probablement le gouvernement fédéral imposer d'autres exigences à condition qu'il continue de leur accorder son aide financière. Or, j'ai l'impression que les provinces sont de moins en moins satisfaites par les arrangements, puisqu'Ottawa diminue son financement tout en imposant certaines exigences quant aux points qui doivent être réglementés et en essayant même d'imposer des règlements spécifiques.

Je crois personnellement que la Loi canadienne sur la santé de 1984 est inconstitutionnelle et qu'elle constitue une ingérence dans les affaires fiscales des provinces, en particulier au niveau de la taxe de vente. À tort ou à raison, les provinces estiment qu'elles n'ont pas d'autre choix que de réclamer des points fiscaux ou plus de flexibilité.

[*Text*]

Put yourself in the position of a province, where you have 33% of your budget and then suddenly, without any warning, zap, your transfer payments are gone. It is a pretty difficult thing. They would like a rolling five-year guarantee of what their income will be from Ottawa. They can live with almost anything, I think, provided they have a guarantee of what it is going to be.

• 1635

I believe it is necessary to cut across the board, including to cut provincial transfers because of the federal deficit. But at least let us have it scheduled in a way that it does not catch a provincial finance minister by surprise. He too has to respond to his electorate, and his natural reaction is going to be well, if you want to do that, I can give myself more certainty about my position by Canada west getting together and having their own personal income tax; if you want to play that game, we can play it too.

The Chairman: Dr. Halliday, would you like to wrap up briefly?

Mr. Halliday: Mr. Chairman, again I appreciate Dr. Courchene being with us today. He was here some years back, I believe. He always brings some innovative ideas and makes us think about what we are dealing with here. I want to express thanks to him for being with us today.

The Chairman: To echo those remarks, doctor, we do thank you again on behalf of the committee for your appearance here this afternoon. Thank you very much for taking time out of your schedule. Certainly some of the comments you made will be taken into consideration as we are developing our report.

Just as a reminder to the committee, and I hope we can maintain a quorum for this evening, we do have a meeting starting at 8 p.m. We have two sets of witnesses at 8 p.m. and 9 p.m.

Dr. Courchene: Thank you very much.

The Chairman: The sitting is adjourned.

EVENING SITTING

• 2009

The Chairman: I call the meeting to order. We do have a quorum and I believe there are several other members on their way.

Pursuant to Standing Order 108(2), the committee continues consideration of the health care system in Canada and its funding.

Tonight we have the pleasure to welcome, from the Canadian Federation of Biological Societies, Dr. Kevin Keough, President; Dr. Diane Finegood, Chair, Animal Experimentation Committee; Dr. Clément Gauthier, Science Policy Officer. They will be making a presentation. Following that, from the Canadian Council on Animal Care, we will have Dr. Harry Rowsell, the Executive Director.

[*Translation*]

Essayez de vous mettre à la place d'une province qui voit tout à coup disparaître 33 p. 100 de son budget avec l'élimination des paiements de transfert. C'est pas mal dur pour les provinces. Elles souhaiteraient obtenir d'Ottawa la garantie que leurs revenus resteront inchangés pendant cinq ans. Elles s'adapteront à n'importe quoi, pourvu qu'elles soient sûres de ce qui les attend.

Je suis convaincu qu'il faut réduire les dépenses, et réduire, entre autres, les transferts aux provinces à cause du déficit fédéral. Mais prenons les dispositions nécessaires pour éviter toute surprise aux ministres provinciaux des Finances. Eux aussi doivent rendre des comptes à leurs électeurs et leur réaction naturelle sera peut-être de consolider leur position en décidant de faire bloc au sein des provinces de l'Ouest pour collecter eux-mêmes l'impôt personnel sur le revenu. Si le gouvernement jouait ce jeu, les provinces pourraient répliquer de cette manière.

Le président: Monsieur Halliday, pouvez-vous conclure rapidement le débat?

M. Halliday: Eh bien, monsieur le président, je remercie à nouveau le docteur Courchene pour le témoignage qu'il nous a présenté aujourd'hui. Je crois qu'il a déjà comparu, il y a quelques années. Il apporte toujours des idées innovatrices qui stimulent notre réflexion. Je le remercie pour le témoignage qu'il a présenté aujourd'hui.

Le président: Comme l'a dit M. Halliday, je vous remercie, docteur, au nom du comité, pour votre témoignage de cet après-midi. Je vous remercie d'avoir réservé du temps pour nous dans votre emploi du temps. Assurément, nous prendrons en compte, lors de la rédaction de notre rapport, certains des commentaires que vous avez faits.

Je rappelle aux membres du comité que nous avons une autre réunion à 20 heures. J'espère que nous aurons le quorum. Nous entendrons deux groupes de témoins à 20 heures et à 21 heures.

M. Courchene: Merci.

Le président: La séance est levée.

SÉANCE DU SOIR

Le président: La séance est ouverte. Nous avons le quorum et je crois que plusieurs autres membres s'en viennent.

Conformément au paragraphe 108.(2) du Règlement, le comité poursuit son étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement.

Ce soir nous avons le plaisir d'accueillir des représentants de la Fédération canadienne des sociétés de biologie. Il s'agit du D[r] Kevin Keough, président; du D[r] Diane Finegood, présidente, Comité sur l'expérimentation animale; et du D[r] Clément Gauthier, responsable des Politiques scientifiques. Ils feront un exposé. Après eux, du Conseil canadien de protection des animaux, nous entendrons le D[r] Harry Rowsell, directeur administratif.

[*Texte*]

• 2010

May I, on behalf of the committee, extend to each of you our sincere thanks and appreciation for appearing this evening? As you are probably aware, the committee has been conducting a series of hearings for some time. We had scheduled a number of hearings during what we thought was going to be a break in the session, in the doldrums of January, to come down and devote our whole time and energies to meeting with the witnesses we wished to conclude our hearings with. It did not work out that way and we do apologize for some of the inconvenience we have caused witnesses as a result of votes in the House and some of the schedules we have tried to meet around here, although I think we are holding fairly closely to our timetable.

With that, I would ask for the first presentation. I think we will conduct them both so that we can ask questions. We have another hearing within an hour. We will give you an hour of time and try to conclude within that period, if we can.

Once again, thank you for your appearance. We look forward to your testimony.

Dr. Kevin M.W. Keough (President, Canadian Federation of Biological Societies): Mr. Chairman, I thank you and the members of the committee for allowing the Canadian Federation of Biological Societies to make a presentation to you this evening and for giving your time to us on what I am sure has been a very busy day among many in the last few days.

I would like to make some comments with regard to the brief you have had submitted to you, and I will confine my comments to aspects dealing with the funding of research and highly qualified personnel and some aspects of the research environment. Then I will ask Dr. Finegood if she would deal with the matter of the use of animals in research.

I would remind committee members that the Canadian Federation of Biological Societies is a federation of 16 member groups representing a little over 5,000 individual biological and biomedical scientists in the country. We speak for the people who work at the bench. We are not an administrative organization and we are not a university organization. We try to represent the views of the people who are doing the research work.

We wanted to bring to your attention tonight two areas of concern to the Canadian Federation of Biological Societies and its members. These two broad areas are research funding and the training of highly qualified personnel; secondly, the environment in which we have to carry out the research in the country, in our universities and in our research institutes, and some of the things that are impinging on that environment.

With regard to research funding and the training of highly qualified personnel, I remind the committee that we should never forget that the training of highly qualified personnel is done in the research laboratories of the country.

[*Traduction*]

Au nom du comité, je remercie sincèrement chacun d'entre vous d'être venu ce soir. Comme vous le savez sans doute, le comité tient des audiences depuis quelque temps déjà. Nous avions prévu un certain nombre d'audiences pour la période de l'intersession, pendant le calme du mois de janvier; nous pensions pouvoir consacrer tout notre temps et toutes nos énergies à rencontrer les témoins que nous voulions entendre pour terminer ces audiences. Les choses ne se sont pas passées de cette façon et nous nous excusons des inconvénients que les votes à la Chambre et les horaires que nous avons essayé d'établir ont pu causer à certains témoins. Néanmoins, je pense que nous respectons cet horaire d'assez près.

Cela étant dit, je demanderais au premier groupe de témoins de faire sa présentation. Je pense que nous entendrons d'abord les deux exposés avant de poser des questions. Nous avons une autre séance dans une heure. Nous vous accordons une heure et nous essaierons de nous en tenir à cela, si possible.

Je vous remercie de nouveau d'être venus ce soir. Nous avons hâte d'entendre votre témoignage.

Dr Kevin M.W. Keough (président, Fédération canadienne des sociétés de biologie): Monsieur le président, je vous remercie ainsi que les membres du comité d'avoir permis à la Fédération canadienne des sociétés de biologie de vous faire un exposé ce soir et de nous avoir accordé un moment dans cette journée qui a dû être, comme les derniers jours, une journée très chargée.

J'aimerais faire certaines observations au sujet du mémoire que nous vous avons présenté. Je m'en tiendrai aux aspects touchant au financement de la recherche et à la formation d'une main-d'oeuvre hautement qualifiée et je vous parlerai un peu du contexte dans lequel s'effectue la recherche. Ensuite, je demanderai au docteur Finegood de vous parler de la question de l'expérimentation animale.

Je rappelle aux membres du comité que la Fédération canadienne des sociétés de biologie est une fédération formée de 16 groupes membres et qui représente un peu plus de 5,000 chercheurs scientifiques oeuvrant dans les domaines médical et biologique au pays. Nous représentons les chercheurs qui travaillent en laboratoire. Nous ne sommes pas un organisme administratif et nous ne sommes pas non plus un organisme universitaire. Nous cherchons à faire connaître le point de vue des personnes qui font de la recherche.

Ce soir, nous voulons attirer votre attention sur deux questions qui préoccupent la Fédération canadienne des sociétés de biologie et ses membres. Ces deux grandes questions sont, premièrement, le financement de la recherche et la formation d'une main-d'oeuvre hautement qualifiée et, deuxièmement, les conditions dans lesquelles s'effectue la recherche au pays, dans nos universités et nos instituts de recherche et certaines choses qui ont des répercussions sur ce milieu.

En ce qui concerne le financement de la recherche et la formation de la main-d'oeuvre hautement qualifiée, je rappelle au comité qu'il ne faut jamais oublier que c'est dans les laboratoires de recherche du pays que sont formés les

[*Text*]

If those research laboratories suffer, so does the training of highly qualified personnel. I would ask committee members to always keep that in mind as they think about research. It is not just the doing of research; it is also the training of the people who will do the research later. It is my successors and, hopefully, their successors who will be influenced by what is going on now. So anything that impinges on the research laboratories is impinging on that.

What I would first bring to the attention of the committee is, I guess, a long-standing concern of the research community of the country; that is, the general expenditures and gross expenditures on research and development in this country which for a long time have been known to be substantially less than those of most of our competitive trading partners and international competitors in the world.

It has been recognized by many, including yourselve I am sure, and including groups such as the National Advisory Board on Science and Technology and recently the House of Commons Standing Committee on Industry, Science and Technology and Regional and Urban Development, that this is not a desirable position. They have urged that all action possible be taken to increase the percentage of the gross domestic product that is spent on research. I wish to add the voice of the CFBS to this, urging that this committee also become aware and move to act in this area.

• 2015

We support the recommendation that the gross expenditure on research and development be enhanced to the targets suggested at least by the standing committee, and perhaps even faster if at all possible. One of the important points that the standing committee has made, and that I believe NABST has also made, is that one of the best ways the government can begin to achieve better research is to increase the budgets of the agencies that are doing this best right now.

I think one recommendation that has come from the national advisory board and also from the standing committee is that the base budgets of the granting councils that are responsible for spending a good portion of the government's money on research be doubled. NABST recommended that they be doubled in two years, two years ago, and the current committee has recommended that they be doubled within three years. We certainly support the basic view that this is an essential thing to have happen, and we recommend that they be doubled as fast as possible, and at least by three years from now.

I would also like to bring to the attention of the committee an attitude that worries us a little about priorities in the research area. We address it by pointing out that when the governments were faced with difficult decisions in finding ways to balance budgets, facing a large deficit, when they were faced with difficult decisions about finding ways to pay for the Persian Gulf operation and what not, they did take action in some instances to reduce all expenditures of all line

[*Translation*]

spécialistes. Quand on porte atteinte aux laboratoires de recherche, la formation de chercheurs hautement qualifiés en souffre également. Je demanderais donc aux membres du comité de se souvenir de cela lorsqu'ils pensent à la recherche. Il ne s'agit pas seulement de la recherche elle-même, mais également de la formation des gens qui effectueront des recherches plus tard. Il s'agit de mes successeurs et, je l'espère, de leurs successeurs qui ressentiront les effets des décisions prises aujourd'hui. Ainsi tout ce qui nuit aux laboratoires de recherche nuit également aux chercheurs.

Je voudrais tout d'abord attirer l'attention du comité sur une question qui préoccupe depuis longtemps les chercheurs canadiens, à savoir les dépenses générales et les dépenses brutes en matière de recherche et de développement qui, nous le savons depuis longtemps, sont considérablement moins élevées que celles de nos partenaires commerciaux et de nos concurrents sur la scène internationale.

De nombreuses personnes, dont vous-mêmes j'en suis sûr, et des groupes comme le Conseil consultatif national des sciences et de la technologie et, plus récemment, le Comité permanent de l'industrie, de la science et de la technologie et du développement régional et du nord de la Chambre des communes, ont reconnu que cela est malheureux. Ils ont demandé que toutes les mesures possibles soient prises pour accroître le pourcentage du produit intérieur brut consacré à la recherche. La Fédération se joint à ces personnes et ces groupes pour demander à ce comité de prendre conscience de ce problème et d'agir.

Nous appuyons la recommandation d'augmenter les dépenses brutes en matière de recherche et de développement pour qu'elles atteignent au moins les niveaux proposés par le comité permanent, et que leur croissance soit encore plus rapide, si cela est possible. Le comité permanent a indiqué, tout comme le Conseil consultatif national, je crois, que l'un des moyens les plus efficaces d'améliorer la qualité de la recherche est que le gouvernement augmente les budgets des organismes qui, à l'heure actuelle, s'acquittent le mieux de cette tâche.

Le Comité consultatif national et le comité permanent ont tous deux recommandé de doubler les budgets des conseils subventionnaires qui dépensent une part importante des fonds gouvernementaux consacrés à la recherche. Il y a deux ans, le Conseil consultatif national avait recommandé que ces budgets soient doublés en deux ans et, plus récemment, le comité a recommandé qu'ils soient doublés d'ici trois ans. Nous sommes entièrement d'accord pour dire que cette mesure est essentielle et nous recommandons que ces budgets soient doublés le plus rapidement possible, et à tout le moins d'ici trois ans.

J'attire également l'attention du comité sur une attitude inquiétante en ce qui concerne les priorités en matière de recherche. Pour illustrer cette attitude, nous vous rappelons que lorsque les gouvernements ont dû prendre des décisions difficiles pour équilibrer leurs budgets, pour faire face à un important déficit, ou pour trouver les ressources nécessaires pour leurs opérations dans le golfe Persique, etc., ils ont pris des mesures visant à réduire les dépenses de tous les

[*Texte*]

departments and the granting agencies. In one instance they took action to reduce the budget of the National Health Research and Development Program. At the same time the United States did not take that kind of action; they increased the budgets of their research agencies when they were heavily involved in the Gulf operation.

It worries us, and we urge that action be taken to set priorities that enable and that urge government to take steps to really fund the future of this country when they are deciding these priorities. These are very hard decisions to make, but the way we are going to achieve top competitive position in the world is to pay a little for the future now. If we keep cutting back now, we hurt that future development.

One of the things we would strongly urge in this regard is that the budget of the National Health Research and Development Program be restored to the position it was intended to have before these cuts were made.

While governments take the primary role in the spending of money on research, there are, of course, other agencies that do this. It is important to encourage industry to spend more, and we praise the government for the actions they have taken to do this recently to encourage industry. A particularly good example of that was Bill C-22 and the changes it introduced in the Patent Act which helped promote the pharmaceutical industry, for example, to spend more money on research and development in this country.

However, we think there are still some aspects of the Income Tax Act and Bill C-22 that inhibit the spending of more money by these companies on research, and we would ask the committee and the government to consider the possibility of looking at the Income Tax Act and Bill C-22, particularly with respect to areas such as what constitutes eligible research, the area of flow-through of rights in Bill C-22, and the actual time for patent protection in these acts, with the view that appropriate changes in these may, indeed, encourage many of our companies to put additional money into research, particularly additional money into fundamental research, which is not as attractive to them now under the current provisions of these acts as it might be.

The other main area we would like to discuss with you tonight is the area of the research environment. I would briefly like to mention two things and then ask Dr. Finegood to talk to you.

• 2020

One of the things that is impinging on the research environment—and, again, all the things that impinge on the research environment also impinge on the funding of research—is the imposition of the goods and services tax on research grants. It effectively decreases yet again the operating budgets of individual researchers. It increases them by about 2.3% to 3.1% of the amounts of money they have to spend on goods and services, and we urge that research grants be exempted from the GST.

[*Traduction*]

ministères et conseils subventionnaires. Ils ont par exemple réduit le budget du Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Dans les mêmes circonstances, les Etats-Unis n'ont pas pris de mesure semblable; ils ont augmenté les budgets de leurs organismes de recherche alors même qu'ils prenaient une part très active dans les opérations dans le golfe Persique.

Cela nous inquiète et nous demandons que soient établies des priorités et que le gouvernement prenne les mesures nécessaires pour financer l'avenir de ce pays lorsqu'ils choisiront ces priorités. Ce sont des décisions très difficiles à prendre, mais si nous voulons être parmi les pays les plus compétitifs, il faut être prêts à dépenser un peu aujourd'hui pour assurer notre avenir. Si nous continuons à comprimer les dépenses, nous compromettrons notre développement futur.

A cet égard, nous recommandons fortement que le budget du Programme national de recherche et de développement en matière de santé soit ramené au niveau prévu avant l'annonce des réductions.

Il est vrai que ce sont les gouvernements qui consacrent le plus de fonds à la recherche, mais il y a bien entendu d'autres organismes qui financent des recherches. Il est important d'encourager l'industrie à consacrer davantage de fonds et nous félicitons le gouvernement pour les mesures qu'il a prises récemment à cet égard. Le projet de loi C-22 modifiant la Loi sur les brevets en est un très bon exemple. Le projet de loi C-22 a encouragé l'industrie pharmaceutique à accroître ses dépenses de recherche et de développement effectuées ici au Canada.

Cependant, nous croyons que certaines dispositions de la Loi sur l'impôt et du projet de loi C-22 empêchent ces sociétés d'accroître leurs dépenses de recherche et nous demandons au comité et au gouvernement d'envisager la possibilité de modifier la Loi de l'impôt sur le revenu et le projet de loi C-22 surtout en ce qui concerne la définition des activités de recherche admissibles, le transfert de droits, la durée de la protection des brevets prévus dans ces lois. Nous croyons que ces modifications encourageraient nos sociétés à consacrer davantage de fonds à la recherche, et surtout à la recherche fondamentale, qui ne présente pas beaucoup d'attrait pour elles à l'heure actuelle étant donné certaines dispositions de ces lois.

L'autre grande question que j'aimerais aborder ce soir est celle des conditions dans lesquelles s'effectue la recherche. Je vais mentionner deux choses brièvement et je passerai ensuite la parole au docteur Finegood.

L'une des choses qui a un effet négatif sur les conditions dans lesquelles s'effectue la recherche—et, je le répète, tout ce qui touche aux conditions touche également au financement—c'est l'application de la taxe sur les produits et services aux subventions de recherche. Cette taxe a pour effet de réduire encore davantage les budgets de fonctionnement des chercheurs. Elle entraîne une hausse de 2,3 p. 100 à 3,1 p. 100 des coûts des produits et services. Nous demandons donc que les subventions de recherche soient exonérées de la TPS.

[*Text*]

One area that could have a fairly devastating effect on research that we are concerned may occur is the imposition of phase two of the Copyright Act, with no exemptions. Certain provisions of this act could have a serious deleterious effect on the doing of frontier research in this country. It could adversely affect communications into the laboratories, rapid communication among researchers; it could adversely affect the interlibrary loan system of the country tremendously; and it could add to the cost of doing research. Worse still, it could add to the cost of most of our students obtaining information in a timely manner.

So we strongly urge that phase two of the Copyright Act not be enacted until full consultations are held with the people who have to use this material, as well as the people who provide this material.

With that, I would like to ask Dr. Finegood to discuss the other area of our concern, which is the use of animals in research.

Dr. Diane Finegood (Chair, Subcommittee on Animal Experimentation, Canadian Federation of Biological Societies): I will confine my comments to the role of animals in basic biological and medical research.

Animal-based research is an essential component of all biological and biomedical research. We often hear that there are alternatives to animal-based research, but I think the use of the term "alternatives" is really a misnomer, because computer models and cell cultures and many of the other things that we are told are alternatives to animal-based research are really adjuncts to animal-based research; they work in complement with animals to get us the best range of approaches to answer the questions involved. Computers, for example, are really only as good as the data available on which a model can be based—and that actually is my own area of research.

Another point I would like to make is that scientists are animal welfarists. We often get the picture from the animal rights movement that scientists are greedy, evil monsters. I think scientists are no different from any other component of society: we are as caring and as concerned about the animals in our purview as anybody else is. In fact, we are probably more concerned. As evidence of that, CFBS nearly 25 years ago was the first organization in Canada to suggest that we needed guiding principles on which to care for our animals in research laboratories, and it was at our instigation of forming these guiding principles that the CCAC came into being.

We recognize, too—and it is important to recognize—that the animals in our area that we work with must be well cared for, not just for the animal's sake, not just for science's sake, but for the whole sum total of the operation. It is not appropriate to have a malnourished or a stressed animal when stress is not the issue under investigation.

[*Translation*]

Une autre mesure qui nous inquiète et qui pourrait avoir un effet dévastateur sur la recherche c'est la mise en oeuvre de la deuxième partie de la Loi sur le droit d'auteur, sans qu'aucune exception ne soit prévue. Certaines dispositions de cette loi pourraient en effet nuire sérieusement à la recherche de pointe qui s'effectue dans ce pays. Elle pourrait entraver les communications entre les laboratoires, ralentir la communication entre les chercheurs, avoir un effet extrêmement négatif sur le système de prêts inter-bibliothèques et faire augmenter les coûts liés à la recherche. Plus important encore, elle pourrait imposer des frais supplémentaires à la plupart de nos étudiants qui essaient d'obtenir des renseignements en temps opportun.

Nous recommandons donc vivement que la deuxième phase de la Loi sur le droit d'auteur soit retardée jusqu'à ce que les personnes qui utilisent ces documents et ceux qui les produisent aient été pleinement consultés.

Cela dit, je demanderais maintenant au docteur Finegood de vous entretenir de notre autre préoccupation, c'est-à-dire l'utilisation d'animaux dans la recherche.

Dr Diane Finegood (présidente, Sous-comité sur l'expérimentation animale, Fédération canadienne des sociétés de biologie): Je m'en tiendrai au rôle des animaux dans la recherche biomédicale fondamentale.

L'expérimentation animale est un élément essentiel de toute recherche biologique et biomédicale. On entend souvent dire qu'il y a des solutions de rechange à l'expérimentation animale, mais je pense qu'il est faux de parler de «solutions de rechange» puisque les modèles informatiques et la culture cellulaire et bon nombre des autres moyens que l'on présente comme étant des solutions de rechange ne visent pas à remplacer l'expérimentation animale mais à la compléter. On utilise ces méthodes en plus des animaux pour obtenir le meilleur éventail possible de solutions aux questions que l'on étudie. Par exemple, les ordinateurs sont aussi fiables que les données sur lesquelles est fondé le modèle; c'est en fait mon propre domaine de recherche.

Je tiens à dire également que les scientifiques ont à coeur le bien-être des animaux. Les mouvements de protection des droits des animaux présentent souvent les scientifiques comme étant des monstres rapaces et malfaisants. Je pense que les scientifiques ne sont pas différents des autres éléments de la société: Nous prenons aussi bien soin des animaux dont nous avons la charge que n'importe qui d'autre. En fait, nous nous en occupons probablement mieux. J'en veux pour preuve que la Fédération canadienne des sociétés de biologie a été le premier organisme au Canada à dire, il y a déjà 25 ans de cela, qu'il fallait établir des principes pour régir la protection des animaux d'expérimentation. C'est par suite de l'élaboration de ces principes que le Conseil canadien de protection des animaux a été créé.

Nous reconnaissons également—et il est important de le reconnaître—que les animaux que nous utilisons doivent être bien soignés, pas seulement dans l'intérêt des animaux, ni seulement dans l'intérêt de la science, mais dans l'intérêt de toute l'opération. Nous n'avons pas intérêt à avoir des animaux affamés ou stressés si ce n'est pas le stress que nous étudions.

[*Texte*]

I would like to say that the current system of regulation by the Canadian Council on Animal Care has been, and can continue to be, an effective system. You will hear more about that organization from Dr. Rowsell, so I will try to limit my comments.

The Canadian Council on Animal Care has worked very hard over the past 25 years to ensure the highest standards of animal care. It instituted a system which has been copied by many other countries.

We are told by the animal rights movement that we should institute legislation in Canada to regulate the use of animals in research because the Canadian Council on Animal Care is a so-called voluntary system. I would beg to differ with that definition of "voluntary"; it is not voluntary for me to submit a protocol to my animal care committee if I would like to do a procedure that involves animals. I do not have the choice of whether or not I can go ahead and follow the system and the guidelines that are in place or just ignore them; I do not have that opportunity. If I wish to do a protocol, if I wish to purchase animals, if I wish to perform any sorts of experiments, I must have the approval of my animal care committee.

As a member of the animal care committee at my own university, I am well aware that this is not a rubber-stamp process. Nearly all the protocols that go through our committee are modified; additional information is requested. It is a very strenuous process.

• 2025

We are also told that legislation is necessary to make universities comply with the CCAC standards. But only about 5% of the universities that are under CCA's control, or less than 5%—I am sure Dr. Rowsell can give you the numbers exactly—are in non-compliance with CCAC standards. We are told that CCAC does not carry a big enough stick and that legislation would force universities to comply with their guidelines.

Our own experience at the University of Alberta is a good example that the CCAC can be very effective. After this summer's CCAC visit, we were put into full non-compliance. This was due to a facility that really was substandard, a facility that has probably been substandard or deteriorating over a number of years but finally reached the point where it was appropriate to put our university in non-compliance. You had better believe that the university and the government have now found the nearly $8 million required to put that facility into appropriate standards.

I think the current system is effective. It can be effective, and if we want to make it more effective, I think more money for the CCAC is more appropriate than instituting legislation that might draw money away from necessary new cages and new facilities.

The current system is not voluntary. I do not think legislation is necessary, but I would also like to point out that I think legislation can be counter-productive. We have a system in place now. If we have legislation, we may divert

[*Traduction*]

Je tiens à dire également que la réglementation mise en place par le Conseil canadien de protection des animaux a été et continue d'être un système efficace. Le docteur Rowsell qui représente cet organisme vous en dira davantage, je ne vais donc pas en parler trop longuement.

Le Conseil canadien de protection des animaux ne néglige aucun effort depuis 25 ans pour faire respecter des normes très élevées en matière de protection des animaux. Il a mis sur pied un système qui a servi d'inspiration à de nombreux autres pays.

On nous dit que le mouvement de protection des droits des animaux voudrait que soit adoptée une loi canadienne pour réglementer l'utilisation des animaux à des fins de recherche sous prétexte que le Conseil canadien de protection des animaux est un système soi-disant volontaire. Je ne suis pas du tout d'accord avec leur définition du terme «volontaire». Je n'ai pas le choix de présenter ou non un protocole à mon Comité de protection des animaux lorsque je me propose d'utiliser des animaux à des fins de recherche. Je ne suis pas libre de décider de suivre les lignes directrices et de respecter le système en vigueur ou de ne pas en tenir compte. Je n'ai pas ce choix. Si je veux établir un protocole, acheter des animaux, faire des expériences de quelque nature que ce soit, je dois obtenir l'approbation de mon Comité de protection des animaux.

Comme membre du Comité de protection des animaux de mon université, je sais très bien qu'il ne s'agit pas que d'une simple formalité. Presque tous les protocoles qui sont soumis à notre comité sont modifiés. Nous demandons des renseignements supplémentaires. C'est un processus très sévère.

On nous dit également qu'il est indispensable de légiférer pour contraindre les universités à respecter les normes du CCPA. Or, environ 5 p. 100 seulement des universités qui relèvent du CCPA—je suis certaine que le docteur Rowsell pourrait vous donner les chiffres exacts, mais je crois qu'il y a moins de 5 p. 100 des universités qui ne respectent pas les normes du CCPA. On dit que le CCPA n'a pas assez de pouvoir et que seule une loi pourrait contraindre les universités à respecter les lignes directrices.

Notre expérience à l'Université de l'Alberta prouve que le CCPA peut être très efficace. Nous avons été déclarés en infraction après l'inspection effectuée cet été par le CCPA. Nous avons mérité ce statut à cause d'une installation non conforme aux normes qui s'est probablement dégradée depuis quelques années au point qu'il était tout à fait justifié que notre université soit déclarée en infraction. Je vous prie de croire que l'université et le gouvernement ont trouvé les fonds nécessaires, soit environ 8 millions de dollars, pour rendre cette installation conforme aux normes.

A mon avis, le système actuel est efficace. Il peut donner des bons résultats et si nous voulons le rendre encore plus efficace, il vaut mieux augmenter le budget du CCPA que d'adopter une loi susceptible d'absorber une partie des fonds nécessaires à la construction de nouvelles cages et de nouvelles installations.

Le système actuel n'est pas volontaire. Je ne pense pas qu'une loi soit nécessaire et je pense même qu'elle pourrait avoir des résultats contraires au but recherché. Nous disposons actuellement d'un système de contrôle. Si le

[*Text*]

money away from what is necessary—the facilities—and it may lead to the end of animal-based research if we have a system put in place such as that suggested by the Canadian Federation of Humane Societies, in which in their view of legislation we would have a council called the Canadian Directorate on Animal Care, which would be made up of five non-animal-using persons and three animal-using scientists. We will quickly, in my view, see the end of animal-based research under those circumstances.

Let me finally comment that if we move towards legislation and instituting rules and putting them in place, we have to be aware that these rules need to be based on solid facts and solid evidence. There is very little research that has been done about the needs, for example, of a laboratory dog. We think if we increase the cage size, the animal will be happier. But in fact the little bit of research that has been done has shown no benefit to the welfare and the well-being of the animal who might be placed in a slightly larger cage or even a larger cage. I think we have to be careful about putting rules in stone, by having them in legislation. We can continue to evolve a good system if we work through the present system as it stands.

Thank you.

Dr. Keough: Thank you, Mr. Chairman. That concludes the statement from the CFBS.

The Chairman: Thank you very much.

Dr. Rowsell, if you would like to give us your presentation at this time, we will then begin the round of questioning from members of the commmittee.

Dr. Harry Rowsell (Executive Director, Canadian Council on Animal Care): Thank you very much, Mr. Chairman. Although this presentation is given towards the end of the formal presentations, it should not be construed that the Canadian Council on Animal Care has little interest in your deliberations. On the contrary, the CCAC is vitally interested in the work of your committee and its study of health care systems in Canada and its funding. Our delay in appearing is due to a lack of information and communications relating to the timing of these hearings.

I would like to emphasize that the Canadian Council on Animal Care was established in 1968, and it is the result of the initiative of the scientific community concerned with the humane care and responsible use of animals in research, teaching and testing in this country. It was formed as a committee of the AUCC, the Association of Universities and Colleges of Canada, which assisted in gaining access to all universities and teaching and research institutes using animals in Canada.

It is now a privately incorporated organization. Its financial support continues to be through grants from the Medical Research Council and the Natural Sciences and Engineering Research Council. Its mandate remains the same as it was in the beginning: to work for the improvement of animal care and use on a Canada-wide basis.

[*Translation*]

gouvernement décide de légiférer, nous risquons d'être privés des fonds nécessaires à la construction des installations. Par ailleurs, l'instauration par le gouvernement, comme l'a proposé la Fédération des sociétés canadiennes d'assistance aux animaux, d'un conseil sur la protection des animaux, pourrait sonner le glas de la recherche comportant l'utilisation d'animaux. En effet, ce conseil serait composé de cinq personnes n'utilisant pas des animaux à des fins d'expérimentation et de trois scientifiques effectuant des recherches sur les animaux. La recherche sur des animaux de laboratoire ne tarderait pas à disparaître si le gouvernement adoptait une telle proposition.

Enfin, si le gouvernement décide de légiférer et d'imposer une réglementation, il faudra que la réglementation s'appuie sur des données et des preuves solides. On a fait très peu de recherche, par exemple, sur les besoins d'un chien de laboratoire. On croit que l'animal est plus heureux quand il dispose d'une cage plus grande. En fait, d'après les quelques recherches qui ont été faites à ce sujet, l'animal ne ressent pas un plus grand bien-être quand il vit dans une cage légèrement plus grande ou même beaucoup plus grande. Je pense que nous devons être très prudents avant d'adopter des règles de manière définitive et de les fixer dans la loi. Nous pouvons maintenir le système actuel tout en cherchant à l'améliorer.

Merci.

Dr Keough: Merci, monsieur le président. Voilà qui met fin au témoignage de la FCSB.

Le président: Merci beaucoup.

Si vous le voulez bien, docteur Rowsell, nous allons écouter votre exposé avant de passer aux questions des membres du comité.

Dr Harry Rowsell (directeur administratif, Conseil canadien de protection des animaux): Merci beaucoup, monsieur le président. Le fait que le CCPA soit parmi les derniers à présenter son mémoire ne signifie pas qu'il s'intéresse peu à vos délibérations. Bien au contraire, le CCPA est vivement intéressé par les travaux que votre comité consacre au régime canadien de soins de santé et à son financement. Si nous avons tardé à nous manifester, c'est tout simplement que nous manquions d'information sur le calendrier des audiences.

Permettez-moi tout d'abord de vous dire que le Conseil canadien de protection des animaux a été fondé en 1968 à l'initiative de la communauté scientifique soucieuse d'offrir un traitement humain et responsable aux animaux utilisés au Canada à des fins de recherche, d'enseignement et d'expérimentation. Le CCPA était au départ un comité de l'Association des universités et collèges du Canada (AUCC) qui lui a facilité l'accès à l'ensemble des universités et instituts d'enseignement et de recherche canadiens utilisant des animaux d'expérimentation.

Le CCPA est désormais dûment constitué en société. Il continue d'être financé par le Conseil de recherches médicales et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie. Son mandat est resté le même: travailler pour améliorer la qualité des soins et de l'utilisation des animaux d'expérimentation dans tout le Canada.

[*Texte*]

Only those who do not understand the many mechanisms by which knowledge is gained and applied to the delivery of health care in Canada would fail to recognize and give credence to the vital importance of the animal in research. The research community knows that miracles do not occur in modern medicine through spontaneous generation but are the products of step-by-step investigations into the most basic physiological studies and the sifting of pathological findings. Best and Banting did not discover insulin without the knowledge gained by the efforts of others in first understanding the basic role of muscle glycogen and in stubbornly searching out the role of the pancreas. Animals were needed and used initially and are still needed today, as Dr. Finegood has pointed out.

• 2030

At the 41st World Medical Assembly in Hong Kong in September 1989, the World Medical Association expanded the principles concerning the use of animals, emphasizing that the animal used in biomedical research is essential for continued medical progress. It also emphasized that the welfare of animals used for research must be respected, that humane treatment of animals is essential, and that all research facilities should be required to comply with all guiding principles for the humane treatment of animals.

In Canada, the CCAC is responsible for ensuring that animals are used responsibly and that their use is the only method by which the scientific information desired can be obtained. It is a national peer review organization and I would call your attention to these two publications, one in English and one in French, which describe the role and activities of the CCAC. We publish a two-volume guide and various policy statements, which are updated regularly. The CCAC seeks compliance with its guidelines through the local institutional animal care committee, which Dr. Finegood has just mentioned.

The Medical Research Council, in a recent report that is forthcoming, suggests that the title of animal care committee be changed to animal research ethics board, or AREB, to better reflect its role in determining the ethical aspects of research projects involving animals.

The terms of reference of an ACC include a statement giving it authority to stop any study under circumstances where unnecessary pain, anxiety or stress are occurring. The effectiveness of these animal care committees are assessed through our assessment program.

We have an assessment panel, which consists of over 180 individuals with experience and special knowledge in aspects of animal experimentation. The panel also includes a member of the Canadian Federation of Humane Societies, usually drawn from a member society or a community located in the geographic area in which the institution to be visited is located. I would emphasize that all panelists serve voluntarily, without remuneration, except expenses. The

[*Traduction*]

Seules les personnes qui n'ont pas conscience des nombreux mécanismes qui régissent l'acquisition des connaissances et qui s'appliquent à la prestation des soins de santé au Canada ne peuvent reconnaître l'importance vitale que revêtent les animaux pour la recherche. Les chercheurs savent bien que les miracles n'existent pas en médecine moderne, mais que les progrès sont le fruit de la compilation patiente des études physiologiques de base et des découvertes dans le domaine de la pathologie. Best et Banting n'ont pas découvert l'insuline sans s'inspirer des recherches effectuées par d'autres pour comprendre tout d'abord le rôle essentiel du glycogène du muscle et étudier sans relâche le rôle du pancréas. Comme l'a indiqué le docteur Finegood, les chercheurs continuent aujourd'hui d'utiliser et d'avoir besoin des animaux.

Lors de la 41e assemblée médicale mondiale qui s'est tenue à Hong Kong en septembre 1989, l'Association médicale mondiale a exposé les principes relatifs à l'utilisation des animaux, soulignant que les animaux servant à des fins de recherche biomédicale sont essentiels à l'avancement de la science médicale. Elle a souligné également qu'il faut respecter le bien-être des animaux utilisés pour la recherche, qu'il est indispensable de leur accorder un traitement respectant les principes humanitaires et qu'il faudrait que toutes les installations de recherche respectent les principes directeurs de traitement humanitaire des animaux.

Au Canada, le CCPA a pour mission de s'assurer que les animaux sont utilisés de manière responsable et que leur utilisation est la seule méthode susceptible de fournir les renseignements scientifiques recherchés. Le CCPA est une organisation nationale composée de pairs. J'attire votre attention sur ces deux publications, l'une en anglais et l'autre en français, qui décrivent le rôle et les activités du CCPA. Nous publions également un guide en deux volumes et divers énoncés de politiques qui sont régulièrement mis à jour. Comme l'a mentionné le docteur Finegood, le CCPA fait respecter ses lignes directrices par les comités locaux de protection des animaux établis dans les divers établissements de recherche.

Le Conseil de recherches médicales du Canada suggère, dans un rapport qui doit être publié prochainement, que les comités de protection des animaux prennent le nom de comités d'éthique pour la recherche sur les animaux (CÉRA), afin que l'accent soit mis sur la nature éthique des projets de recherche impliquant des animaux.

Le mandat d'un CPA précise qu'il a le pouvoir de suspendre toute étude qui inflige inutilement de la douleur, de l'anxiété ou du stress aux animaux. Notre programme d'évaluation examine l'efficacité de ces comités de protection des animaux.

Notre équipe d'évaluation est composée de plus de 180 personnes ayant une connaissance et une expérience spéciale de l'utilisation des animaux d'expérimentation. Cette équipe d'évaluation comprend également un membre de la Fédération canadienne des sociétés d'assistance aux animaux qui provient d'une société membre ou d'une localité située à proximité de l'établissement inspecté. J'aimerais souligner que tous les membres des équipes d'évaluation sont

[*Text*]

CCAC decision as to whether an institution is complying with its guidelines is based on the panel's recommendations.

You have already heard Dr. Finegood mention the question of non-compliance. We visit 170 research facilities in Canada and have, at present, two facilities that have been declared to be in a state of non-compliance. Three others are in a state of provisional non-compliance. The two facilities that were in a state of non-compliance have already indicated action that will be taken. We expect that they will be placed back in the provisional non-compliance status, then in the compliance status.

So the CCAC program, as Dr. Finegood mentioned, does work. We have no legislative powers. We have what is called a voluntary control program, and its clout is far greater than that given to legislation wherein registrations or licenses may be removed. Instead, it is possible that the entire research community administration could find itself without research funding, for the Medical Research Council and the Natural Sciences and Engineering Research Council have said that if our institutions are declared to be in non-compliance they may withhold the grants to an institution; not only to the specific animal facility, but all grants to the institution, including those that may not be related to the use of animals.

• 2035

Some people claim that the scientific community is responding to animal welfare or animal rights claims regarding the treatment of animals in research. This is not the case. After 23 years of experience with the scientific community through the Canadian Council on Animal Care... It is the scientific community that has encouraged and assisted the CCAC in the improvement of its guidelines and the requirements for trained personnel, veterinarians, animal care technicians, graduate students and investigators. The training of personnel is a costly but essential investment. Similarly, proper facilities and the maintenance of those facilities are costly, and will continue to increase.

It is not unusual for animal facilities to constitute a significant portion of the budget of any new research institution, hospital or medical school. The requirements for such facilities differ from those that the human animal occupies. There must be an increased ventilation rate and a constant temperature. There are specific lighting requirements, and the environment has to be free of infectious agents and hazardous materials.

As biotechnology increases and the transgenic animals come on stream, while we will use fewer animals, they are going to be more costly. Their care and maintenance is going to be more expensive. Of course we are going to have better research as well.

[*Translation*]

bénévoles et ne reçoivent aucune rémunération autre que le remboursement de leurs dépenses. Le CCPA s'inspire des recommandations de l'équipe d'évaluation pour statuer sur le respect de ses lignes directrices par un établissement.

Le docteur Finegood a déjà parlé de la question de l'inobservation des lignes directrices. Nous avons inspecté 170 installations de recherche au Canada et, pour le moment, deux établissements ont été déclarés en infraction. Trois autres établissements sont provisoirement en état de non-conformité. Les deux établissements en infraction ont déjà indiqué leur intention de prendre les mesures correctives. Nous espérons que ces établissements regagneront les rangs des établissements provisoirement non conformes avant d'être, eux aussi, déclarés conformes.

Comme l'a mentionné le docteur Finegood, le programme du CCPA est efficace. Nous n'avons pas de pouvoirs législatifs, mais nous avons un programme de contrôle volontaire qui est bien plus efficace qu'une mesure législative prévoyant l'annulation d'un permis. En effet, un établissement de recherche qui ne respecte pas nos lignes directrices risque de se voir privé de fonds, puisque le Conseil de recherches médicales du Canada et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie ont affirmé qu'ils pourraient supprimer les subventions aux établissements contrevenants. Une telle décision affecterait l'ensemble de l'établissement et pas seulement les services qui utilisent des animaux pour leurs recherches.

Il est faux de dire que la communauté scientifique cède aux pressions qu'exercent les défenseurs des droits des animaux pour protester contre le traitement des animaux utilisés à des fins de recherche. Le Conseil canadien de protection des animaux collabore depuis 23 ans avec la communauté scientifique... c'est la communauté scientifique elle-même qui a encouragé et aidé le CCPA à améliorer ses lignes directrices et ses exigences en matière de personnel, de vétérinaires, de techniciens animaliers de laboratoire, d'étudiants et d'enquêteurs. Si la formation du personnel est coûteuse, c'est un investissement indispensable. De même, les coûts de construction et d'entretien des installations appropriées sont énormes et continueront d'augmenter.

Il n'est pas rare que les installations destinées aux animaux accaparent une portion importante du budget d'un nouvel établissement de recherche, d'un hôpital ou d'une faculté de médecine. Les exigences applicables à ces types d'installations sont différentes de celles qui concernent les locaux destinés aux humains. La ventilation doit être meilleure et la température constante. Il y a des exigences spécifiques en matière d'éclairage et l'environnement doit être libre de toutes substances infectieuses et matières dangereuses.

Avec les progrès de la biotechnologie et l'utilisation plus courante des animaux transgéniques, les animaux seront moins nombreux, mais plus coûteux. Leur entretien sera plus onéreux. En revanche, la recherche sera également meilleure.

[*Texte*]

The delivery of health care is closely linked with environmental hazards and there will be a greater demand that chemicals and hazardous agents to which the general public may be exposed be tested precisely in an infallible animal model.

The discussion paper on the use of animals in research, produced by the Medical Research Council, discusses the CCAC and states:

> While the CCAC's voluntary system is effective, it may require strengthening, and whether supported by legislation or continuing on its present voluntary basis, the MRC believes that the CCAC's function should be expanded, with increased monitoring and the greater use of sanctions where the standards of care and animal use do not meet established criteria.

It is suggested that an accreditation system be adopted by the CCAC.

It also says that the CCAC board and membership should be increased to ensure that there is enough involvement by others, to ensure that the processes are perceived as fully representative of the consensus of viewpoints in Canadian society.

They suggest also that the animal research ethics boards, the animal care committees, have adequate staff and funds to carry out functions directly and effectively, something that does not occur in today's institutions, because most of the people on an animal care committee volunteer their time, as they do on other institutional committees, but they do not have money to produce the resources they need.

They also suggest in the MRC report that there be specific tailoring of training to four major groups. I am only going to discuss the scientist/researcher and the veterinarian. An appropriate program for the scientist/researcher must be an integral part of biomedical behavioural research training.

It concludes that the researcher has no inherent right to use animals. Permission for such use is a privilege accorded by the institution and the animal research ethics boards. This privilege can be denied or removed for cause in the same way as hospital privileges in clinical medicine.

As far as the veterinarian is concerned, it draws on the information from the United States that in 1967 the National Institute of Health established a funding mechanism for fellowship training of veterinarians. They now have over 200 fellows who have been trained specifically in laboratory animal medicine.

The section of the MRC report dealing with the veterinarian concludes:

> In our view MRC should institute fellowship support mechanisms for veterinarians wishing to undertake programs in research and animal care.

[*Traduction*]

Étant donné qu'il y a un lien direct entre les risques environnementaux et la prestation des soins de santé, il sera bientôt de plus en plus indispensable d'essayer sur un modèle animal infaillible les substances chimiques ou dangereuses auxquelles le public risque d'être exposé.

Le document de travail sur l'utilisation des animaux en recherche produit par le Conseil de recherches médicales du Canada mentionne le CCPA et précise ceci:

> Même si le système de réglementation volontaire du CCPA est efficace, il peut éventuellement avoir besoin d'être renforcé. Que le CCPA soit appuyé par la législation ou qu'il continue son action de façon volontaire, comme actuellement, il devrait, pense le CRM, voir ses fonctions élargies avec une possibilité de surveillance accrue et une utilisation plus importante de sanctions lorsque le niveau de soins et d'utilisation des animaux ne correspond pas aux normes établies.

Le CRM suggère au CCPA d'adopter un système d'accréditation.

Le CRM précise également que le Conseil du CCPA a besoin d'une participation suffisante d'autres personnes afin que la démarche du CCPA soit perçue comme pleinement représentative de l'ensemble des poins de vue de la société canadienne.

Le CRM demande également que les comités d'éthique pour la recherche sur les animaux, les comités de protection des animaux, disposent d'un personnel et d'un financement suffisants pour exercer leurs fonctions directement et de manière efficace, ce qui n'est pas le cas actuellement, étant donné que la plupart des membres des comités de protection des animaux sont des bénévoles qui participent également à d'autres comités de l'établissement, mais qui n'ont pas les fonds nécessaires pour produire les ressources dont ils ont besoin.

Le CRM réclame également dans son rapport une formation conçue spécialement pour chacun des quatre groupes principaux. Je vais me contenter de passer en revue le groupe des chercheurs scientifiques et celui des vétérinaires. Le programme de formation destiné aux chercheurs scientifiques doit faire partie intégrante de la formation en recherche biomédicale et comportementale.

Le CRM conclut que le chercheur n'a aucun droit inné d'utiliser des animaux. L'autorisation de les utiliser est un privilège accordé par le comité d'éthique pour la recherche sur les animaux de l'établissement. Ce privilège peut être refusé ou supprimé pour un motif valable, tout comme les privilèges hospitaliers dans le cas de la pratique de la médecine-clinique.

En ce qui a trait aux vétérinaires, le CRM s'inspire de la formule créée en 1967 aux États-Unis. Il s'agit d'un système de bourses universitaires de formation qui a aidé plus de 200 étudiants à accéder à une formation précisément axée sur la médecine des animaux de laboratoire.

La section du rapport du CRM consacrée aux vétérinaires s'achève sur les conclusions suivantes:

> À notre avis, le CRM devrait implanter des mécanismes d'appui au moyen de bourses pour les vétérinaires qui souhaitent s'inscrire à des programmes en recherche et en médecine des animaux de laboratoire.

[*Text*]

I would like to say that the animal welfare issue, the animal issue itself, is a high-profile issue that we see in the media today. It has had a great deal of media attention. Unfortunately this is exploited by those wishing to prevent or stop the use of animals in research. The activities of such groups involve protests, confrontation, harassment, vandalism and terrorism. We at the CCAC tried when we were established in 1968 to reach realistic middle ground and develop consensus. Such middle ground is now troubled middle ground and in some instances the stances of some individuals have made compromise impossible.

• 2040

The resultant activity has caused a need for increased security of animal facilities, not to protect the scientists and the technicians but to protect the animals. The removal of an animal from its established environment to an unfamiliar and often hostile one is extremely stressful.

Proper security is, unfortunately, a costly undertaking and must be borne by biomedical research. Also in your costs is the need for the research community and research institutions to evolve active public relations campaigns to educate the public, who for the most part lack scientific knowledge and who have been bombarded by inaccuracies, half-truths and deliberate lies about the treatment of animals. Public relations programs do not develop without a cost, and I would draw that to this committee's attention. These costs must be borne as a consequence of a free society in which there are those who wish to promote their anti-research causes at the expense of the sick and the suffering.

The CCAC recognizes that the significant contributions animals in research have made to the improvement to the health and well-being of animals as well as man cannot become a public relations instrument of the scientific community or advocacy groups. We will continue to support the need for responsible use of animals and improve standards in order that Canada can continue its pre-eminent role as a leader in the welfare of animals used in research.

The cost of doing this will not be insignificant. Even though CCAC will never establish standards that are unrealistic or unnecessary, improvements will have to be made in order to maintain the present high-quality animal care and facilities, an important component related to the delivery of health care in Canada. The cost will be, at a conservative estimate, eliminating physical plants, between $10 million and $20 million a year.

This report has attempted to cover the complexities associated with the use of animals in research as a component of the delivery of health care in Canada. We urgently and respectfully request that this committee address

[*Translation*]

De nos jours, les journaux prennent fait et cause pour le bien-être des animaux. Les animaux font la manchette des journaux. Cette tendance est malheureusement exploitée par les personnes qui veulent interdire l'utilisation des animaux à des fins de recherche. Ces groupements de défense des animaux organisent des protestations, des confrontations, du harcèlement, ainsi que des actes de vandalisme et de terrorisme. Lors de la création du CCPA, en 1968, nous avons essayé de trouver un terrain d'entente et d'obtenir un consensus. A l'heure actuelle, ce terrain d'entente est plutôt faible et les positions prises par certaines personnes excluent toute sorte de compromis.

Il s'ensuit qu'il est désormais nécessaire d'accroître les mesures de sécurité entourant les installations de recherche sur les animaux, non pas pour protéger les scientifiques et les techniciens, mais pour protéger les animaux eux-mêmes. Un animal soustrait à son environnement habituel et lâché dans un milieu inconnu et souvent hostile peut vivre une expérience extrêmement stressante.

Malheureusement, les frais relatifs à de bons systèmes de sécurité sont élevés et empiètent sur les budgets de recherche biomédicale. Les chercheurs et les établissements de recherche doivent également organiser des campagnes de relations publiques pour sensibiliser la population qui, ignorant le plus souvent la réalité scientifique, est submergée d'informations fausses ou même de mensonges délibérés sur le traitement que reçoivent les animaux. J'aimerais attirer l'attention du comité sur le fait que les campagnes de relations publiques ne sont pas gratuites. Notre société démocratique doit assumer les coûts des campagnes d'information puisqu'elle autorise les personnes qui s'opposent à la recherche à exprimer leurs opinions, aux dépens des malades et des personnes qui souffrent.

Le CCPA reconnaît que la contribution importante des animaux à la recherche qui a permis d'améliorer la santé et le bien-être des animaux ainsi que celle de l'homme ne peut être réduite à une question de relations publiques de la communauté scientifique ou des groupements de défense des animaux. Nous allons continuer à appuyer l'utilisation responsable des animaux et à améliorer les normes qui s'appliquent, afin que le Canada puisse demeurer le chef de file dans le domaine du bien-être des animaux utilisés à des fins de recherche.

Tout cela entraînera des coûts qui ne sont pas négligeables. Le CCPA n'appliquera jamais des normes irréalistes ou inutiles, mais il sera malgré tout indispensable de moderniser les installations afin de maintenir l'excellente qualité des soins qui sont prodigués actuellement aux animaux. Cette qualité a une incidence importante sur les soins de santé qui sont dispensés au Canada. Sans compter les installations elles-mêmes, les coûts annuels varieront, au bas mot, entre 10 et 20 millions de dollars.

J'ai essayé, dans mon exposé, d'évoquer la complexité de la recherche utilisant les animaux, recherche qui est indispensable aux services de santé dont bénéficient les Canadiens. Nous vous souhaitons instamment que le comité

[*Texte*]

the important issues raised. This will require provision of sufficient fundings to continue the provision of high standards that have been developed through the voluntary control program in the CCAC, a program which, I would remind you, is considerably less costly in terms of dollars and cents than a legislative program would be and which we consider, based on experience, is more effective.

Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Rowsell. We appreciate the presentation you have provided us with, as well as the presentation you have given us.

Before going to our questions, you mentioned in your presentation the media attention. The public seems to hear more and more all the time about the animals used in research and those animal rights groups who obviously bring a number of these issues to our attention. I do not know whether we hear more of it as a result of our contact through the U.S. We hear some stories that I think are very disconcerting to all of us on some of those issues.

Is that trend tending to increase or are we just hearing more about it now? There seems to be, between the research area and those people in animal welfare—

Dr. Rowsell: Mr. Chairman, I think what has happened is that the animal rights groups have become very media-oriented themselves as well as well trained and can pick out the celebrity cases. We do have some celebrity cases that have occurred in the United States, such as the head injuries study at the University of Pennsylvania, and the case that started a lot of this in 1981, the Silver Springs monkey case in which Dr. Taub was involved. They have been able to exploit these cases where you are having research done and behavioural studies, where you are having research done and addiction studies, where you are having research carried out in the case of trauma, or in burns, and in these areas where they think some of the inflictions are preventable and self-inflicted in some cases. These are the areas where you do draw a lot of attention.

• 2045

They fail to state that in the United States it is estimated that $1 billion a year is spent on treatment of those injured with head injuries, either through occupational injuries or through motor accidents and such. And they draw attention to a project that, as it is presented by them with cleverly edited tapes, would suggest that the research was really very frivolous and used improper controls, that we were not interested in the proper attitudes, that we were not interested in the animals. This is one of the areas where they do a great deal of this.

Also in the area of testing, the eye irritancy test or the Draize test, particularly with cosmetics, is considered a non-essential item. This is also something that is exploited to the nth degree.

[*Traduction*]

se penche sur les importantes questions que nous avons soulevées. Le CCPA devra disposer d'un financement suffisant pour poursuivre l'application volontaire des normes élevées qu'il a mises au point. Permettez-moi de vous mentionner au passage qu'un programme volontaire de contrôle serait beaucoup moins coûteux qu'un programme législatif et, d'après notre expérience, beaucoup plus efficace.

Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup, Monsieur Rowsell. Nous vous remercions pour votre exposé et pour le mémoire que vous avez déposé.

Avant de passer aux questions, j'aimerais revenir à l'engouement de la presse pour la protection des animaux. Comme vous l'avez signalé dans votre exposé, on trouve de plus en plus dans la presse des articles sur les animaux utilisés à des fins de recherche et sur les groupements de défense des animaux qui attirent notre attention sur ces questions. Je ne sais pas s'il s'agit là d'une influence des Etats-Unis, mais on nous rapporte des faits divers extrêmement déconcertants.

Est-ce que cette tendance est à la hausse ou est-ce qu'on en parle tout simplement plus en ce moment? Il semble que les chercheurs et les défenseurs des droits des animaux...

Dr Rowsell: Je crois, monsieur le président, que les groupements de défense des animaux sont très habiles, savent très bien utiliser les médias et choisissent des faits divers qui frappent l'imagination du public. On peut citer certains faits divers célèbres qui ont eu lieu aux Etats-Unis, par exemple l'étude sur les traumatismes crâniens réalisée à l'Université de Pennsylvanie ainsi que l'affaire des singes de Silver Springs qui a été à l'origine de toute cette tendance en 1981 et dans laquelle a été impliqué le docteur Taub. Ils ont réussi à exploiter les cas qui combinent recherches et études du comportement, recherches et études de la toxicomanie, et aussi des recherches dans les cas de traumatisme, ou de brûlures, et dans tous les domaines où ils pensent que les souffrances peuvent être évitées et qu'elles sont imposées à soi-même dans certains cas. Ce sont là des domaines qui vous permettent d'attirer beaucoup l'attention.

Ce qu'ils oublient de dire c'est qu'aux États-Unis on estime que l'on dépense 1 milliard de dollars par an pour traiter les victimes de traumatismes crâniens, dus à des accidents du travail ou à des accidents de voitures et autres. Et ils attirent l'attention sur un projet en utilisant des enregistrements habilement montés, qui donnent l'impression que la recherche a vraiment été faite avec beaucoup de légèreté et que ses responsables n'ont pas utilisé les mesures de contrôle appropriées. Ils s'efforcent ainsi de montrer que nous nous soucions peu des attitudes appropriées et que nous sommes indifférents au sort des animaux. C'est un des domaines où ils font cela très fréquemment.

D'autre part, dans le domaine des tests, le test de Draize ou test d'irritation de l'oeil, en particulier dans le cas des produits de beauté, n'est pas considéré comme essentiel. Voilà aussi quelque chose qui est exploité à outrance.

[*Text*]

I wish I had time to explain this more fully. For those of us who are on the other side and who do not determine what testing is going to be done—this is the Government of Canada that says products must be safe and determines what companies must do in order to prove that products are safe—we do recommend some changes. But it is a very high-profile area. In certain select cases where there is good research going on, they never bring those cases forward as an example.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Rowsell.

Mr. Karpoff (Surrey North): This is a subject on which we have already had one presentation, so I think most of us on the committee have a little bit of background, plus we have been subject to similar propaganda. I am sure most of you know I have an organization in my riding that sends me cards with the cat's eyes sewn shut. I get probably 40 of them a week on average since I have been a member. Because I got them, I did do a little looking into the whole thing, and it is a very difficult issue.

One of the ones that I keep balancing is the question: is the legislative approach the better way? I still have not come to any conclusion. I support the need for well-controlled animal research that protects the animals and ensures the environment is regulated. And I keep thinking you are doing a good job. Then I find out that, no, five universities are not in compliance.

That scares the hell out of me, quite frankly, in the sense that we have legislation, Criminal Code legislation, based on the fact that 5% of the population stray over the line. Is that 5% showing that you are doing a good job or is it showing you are doing a bad job? I do not know.

The other thing that is very difficult when you talk about non-compliance is to determine what the non-compliance was. Was it the facilities, the lighting, the air conditioning, or has the building deteriorated? Was it that some—for the sake of another word—mad scientist decided to do diabolical research on some poor animal? Both of them are called non-compliance.

I also know that legislation does not always work. I have had the opportunity to spend considerable time in Japan and found out that Japan has domestic relations laws, but there is a voluntary panel that sets out family settlements, which has no power at all; it has only the power of a supportive community. But I will tell you there are more maintenance orders and property settlement orders obeyed in Japan than there are here with our Supreme Court orders. It is because Canadians do not believe in the justice of the Supreme Court orders in domestic relations. They ignore them. Over there, because of voluntary compliance, if they believe in the equity of the system they actually follow a panel that has no legal authority.

[*Translation*]

J'aurais aimé disposer de plus de temps pour vous expliquer cela plus en détail. Pour ceux d'entre nous qui se trouvent de l'autre bord et qui ne décident pas des tests qui vont être faits—c'est le gouvernement du Canada qui déclare que les produits doivent être sûrs et qui décide de ce que les sociétés doivent faire pour le prouver—nous recommandons instamment certains changements. Mais il s'agit là d'un domaine très en vue. Par contre, ils n'utilisent jamais comme exemple les cas où une recherche sérieuse se fait.

Le président: Merci beaucoup, docteur Rowsell.

M. Karpoff (Surrey-Nord): C'est un sujet qui a déjà donné lieu à un exposé et je pense donc que la plupart des membres de ce comité connaissent un peu la question, sans compter que nous avons tous été soumis à ce genre de propagande. Je suis certain que la plupart d'entre vous savent que, dans ma circonscription, il existe un organisme qui m'envoie des cartes représentant un chat dont les paupières ont été cousues. Depuis que je suis devenu député, j'en reçois une quarantaine par semaine, en moyenne. C'est la raison pour laquelle j'ai un peu étudié la question et je dois dire qu'elle est difficile à résoudre.

Une des questions que je continue à me poser est la suivante: la voie législative est-elle la meilleure? Je n'ai pas encore réussi à me décider là-dessus. Je suis partisan d'une recherche sur les animaux qui soit bien contrôlée, qui protège ceux-ci et qui assure la réglementation du milieu et je continue à me dire que vous faites du bon travail et puis tout d'un coup, je découvre que cinq universités n'observent pas les règlements.

Très franchement, cela me terrifie en ce sens qu'avec nos lois, avec notre Code criminel, 5 p. 100 de la population sort du droit chemin. Ces 5 p. 100 prouvent-ils que vous faites du bon travail ou au contraire, que vous le faites mal? Je n'en sais rien.

L'autre problème très difficile à résoudre lorsque l'on parle de non-observation est de bien définir celle-ci. S'agissait-il des installations, de l'éclairage, de la climatisation, ou du délabrement de l'édifice? Était-ce parce que quelques savants déments—à défaut d'autre terme—ont décidé de faire de diaboliques recherches sur un pauvre animal? Dans les deux cas, il s'agit de non-observation.

Je sais également que les lois ne fonctionnent pas toujours. J'ai passé énormément de temps au Japon et j'ai constaté que ce pays avait des lois sur les relations domestiques, mais qu'il existe un groupe de bénévoles qui décide des arrangements de famille mais qui est dénué de tout pouvoir; le seul qu'il ait, c'est celui d'une collectivité et de l'appui qu'elle peut apporter. Pourtant, il y a plus d'ordonnances d'entretien et d'ordonnances de disposition de biens qui sont observés au Japon qu'il y en a ici, malgré les décisions de notre Cour suprême. C'est parce que les Canadiens ne croient pas en la justice de ces décisions dans le domaine des relations publiques. Ils n'en tiennent aucun compte. Au Japon, au contraire, à cause de ce système d'observation volontaire, les gens qui croient à l'équité du système se soumettent aux décisions d'un groupe qui n'a pourtant aucun pouvoir légal.

[*Texte*]

• 2050

So I am interested in your response to that, and then I have another question dealing more with the research and development issue.

Dr. Rowsell: May I handle that one on whether or not there are animals that are suffering out there in the non-compliance area?

I can assure you, sir, that there are not animals suffering as a result of non-compliance. The assessment panel, the animal care committees at the various institutions, and the veterinarians would certainly have the power to shut down any project where there is apparent suffering of the animals. This is not the case, what these non-compliance issues are, because the physical plants in most circumstances are not, because their record keeping may not be adjusted properly, and other things of that nature... They are not really animal issues when we get into the non-compliance. We would be the first to shout from the rooftops if we knew there were any animals in distress.

I can assure you, sir, that as past-president of the International Council for Laboratory Animal Science, I know where legislation is. I know Japan very well, having been there four times at the invitation of the Japanese government, and I know the problems they have had in the research area. They have had a law on the books since 1974 that has never been enforced in the animal protection act.

Mr. Karpoff: My other question deals with this whole question of research and development funds, because we have seen a reduction, particularly starting in the early 1980s and accelerating in the last three or four years because of fiscal restraint, or whatever term we use. The line seems to be that it is up to private industry to pick up the void, but I do not see any indications, other than in one or two areas where they have been given some tremendous financial compensation, such as in Bill C-22, that there is any willingness to do so. I look again at the other leading industrial countries and the amount they do.

But the other thing I notice in other industrial countries is that the government is much more involved in directing a lot of the research and development. I will give you an example, again from Japan.

I was there in 1980 when the Japanese government decided one morning that West Germany and the United States were outstripping them on computer development and technology. They announced one morning that they were putting up $865 million, and that the industries would match that, and that money would be directed to research and development of super-computers that would be 10,000 times more powerful than any existing computer. That was a lot of the impetus for the Japanese going ahead.

We seem to have no mechanism in Canada, or willingness, for the Canadian government to put up considerable sums of money and direct industry to match it or to participate in it. I am frightened, on a long-term basis, that

[*Traduction*]

J'aimerais donc avoir votre réponse à ce sujet, après quoi, je vous en poserai une autre qui a plus directement trait à la recherche et au développement.

Dr Rowsell: Puis-je répondre à votre question concernant l'inobservation et les souffrances auxquelles sont soumis les animaux?

Je puis vous assurer que les animaux ne souffrent pas à cause de cette inobservation des règlements. Le groupe d'évaluation, les comités de protection des animaux des divers établissements, et les vétérinaires auraient certainement les pouvoirs requis pour mettre un terme à tout projet où des animaux seraient exposés à des souffrances apparentes. Ce n'est pas le cas. Dans la plupart des cas, il peut s'agir d'installations matérielles qui ne sont pas à la hauteur, de tenue incorrecte de livres et autres questions du même genre... Mais cela n'a vraiment rien à voir avec les animaux. Nous serions les premiers à le crier sur tous les toits si nous savions qu'il y a des animaux qui souffrent.

Je puis vous assurer, monsieur, qu'à titre d'ancien président du Conseil international sur les animaux de laboratoire, je connais les règlements. Je connais fort bien le Japon dont le gouvernement m'a invité à quatre reprises, et je connais ses problèmes dans le domaine de la recherche. Il existe là-bas, depuis 1974, une loi sur la protection des animaux qui n'a jamais été appliquée.

M. Karpoff: Mon autre question a trait aux fonds de recherche et de développement et tout ce qui a trait à ce domaine. Depuis le début des années 80 en particulier, nous avons été témoins d'une réduction de ces fonds, réduction qui s'accélère depuis trois ou quatre ans à cause des restrictions budgétaires, si c'est ainsi qu'on les appelle. Le discours officiel c'est qu'il appartient à l'industrie privée de prendre la relève, mais en dehors de deux ou trois domaines où des mesures telles que l'adoption du projet de loi C-22 leur ont offert d'énormes avantages financiers, elle ne me paraît guère disposée à le faire. Je regarde, à côté de cela, les autres grands pays industrialisés et tout ce qu'ils font dans ce domaine.

Je remarque que, dans ces pays, le gouvernement intervient beaucoup plus directement dans l'orientation d'une bonne partie de la recherche et du développement. Je vous en donnerai un exemple, encore une fois, emprunté au Japon.

Je me trouvais là-bas en 1980 lorsque le gouvernement japonais a décidé un beau matin que l'Allemagne de l'Ouest et les États-Unis étaient en train de le dépasser dans le domaine du développement et de la technologie. Il a donc annoncé qu'il allait établir un budget de 865 millions de dollars, avec une contrepartie égale de l'industrie, qui serait utilisé pour assurer la recherche et le développement de super-ordinateurs qui seraient 10,000 fois plus puissants que ceux qui existaient alors. Cela a beaucoup contribué à donner un nouvel élan aux Japonais.

Au Canada, le gouvernement ne semble avoir ni le désir ni les mécanismes nécessaires pour mettre en place des sommes d'argent considérables et amener l'industrie à fournir une contrepartie ou à participer financièrement. Je crains

[*Text*]

we are losing our ability to compete in an industrial society and that the industrial base is going to slip away, as it has in the last year particularly, and that we are going to end up simply providing raw resources and agricultural bases for the rest of the world.

Dr. Keough: I understand your dilemma, and to some extent it is a bit of a dilemma. Obviously, all countries want to have some strategies in their research, and they may have priorities they wish to set in research areas. That can be done at a certain level and the government can establish priorities on which we may wish to concentrate.

On the other hand, it does then have to turn around and do something about funding these priorities, too. They go hand in hand. Just throwing money at a problem, or saying that they are going to throw money at a problem, also may not always be the best way to proceed.

We had a classic example of that some years ago when the Government of the United States, through the President, decided they were going to throw a lot of money at curing cancer. They did and they did not: they threw a lot of money and they did not cure cancer.

I guess what we are trying to urge here is to use mechanisms that work very well; for example, the granting councils. You may want to have certain strategic directions, and indeed the granting councils have strategic grants. The granting councils have university/industry grants to try to encourage this sort of thing. It may be possible to allow granting councils to expand these by providing granting councils with more money. If you do this to the detriment of basic research, you will have perhaps a short-term gain for a lot of long-term pain.

• 2055

I think one of the fundamental problems is a willingness to put the money into the system. The second problem is, how do you get the money to be used most effectively? Although it is no panacea, I think history so far has shown us that getting it used most effectively is done by having it go through some sort of peer review system, which exists now, and the granting councils do that extremely well.

How do you get industry to become more involved? You have only two things: a carrot and a stick. I do not know which one you can use most effectively. It seems to me, however, that the carrot is more effective in most of these other countries than sticks are, with the potential exception perhaps of Japan, where the government may be able to have a bigger stick than some places.

Mr. Karpoff: A lot of theirs is carrot.

Dr. Keough: I think the carrot approach works. It certainly works in the highly developed countries of western Europe. It works in the United States. I think it works in Japan. I think we do have to provide industry with certain types of breaks to encourage more of their investment in this way.

[*Translation*]

qu'à long terme nous ne perdions notre compétitivité dans une société industrielle et que nous commencions à perdre notre base industrielle, comme cela a en particulier été le cas l'an dernier, et que nous ne soyons réduits à fournir des matières premières et des produits agricoles au reste du monde.

Dr Keough: Je comprends votre dilemme et il en existe effectivement un. Il va de soi que tous les pays veulent avoir une stratégie de recherche, et il se peut qu'ils aient des priorités qu'ils souhaitent imposer dans certains domaines de recherche. A un certain niveau, il est possible de le faire: le gouvernement peut fixer des priorités que nous serons peut-être nous-mêmes prêts à adopter.

En revanche, il n'est pas obligé de prendre des mesures pour en financer la poursuite. Les deux choses vont de pair. Le meilleur moyen de réussir ne consiste pas toujours à dépenser d'énormes sommes d'argent pour résoudre un problème, ou à dire qu'on va le faire.

Nous en avons eu un exemple classique, il y a quelques années, lorsque le président des États-Unis a décidé que son gouvernement allait dépenser des sommes énormes pour vaincre le cancer. C'est ce qu'il a effectivement fait mais le cancer n'est toujours pas vaincu.

Ce que nous essayons de recommander c'est d'utiliser des mécanismes qui fonctionnent très bien; par exemple, les conseils subventionnaires. Il est peut-être bon d'avoir certaines orientations stratégiques; et ces conseils accordent précisément des subventions stratégiques. Ils accordent des subventions aux universités et à l'industrie afin de les encourager dans cette voie. Il serait peut-être possible de leur permettre d'augmenter ce genre de subventions en leur fournissant plus d'argent. Cependant, si vous le faites aux dépens de la recherche fondamentale, vous risquez d'avoir des gains à court terme et de les payer à long terme.

Je crois que l'un des problèmes fondamentaux est celui de la volonté d'injecter de l'argent dans le système. Le second problème est de savoir comment faire pour que cet argent soit utilisé de manière plus efficace. Bien qu'il n'y ait pas de panacée, je crois que l'expérience a montré jusqu'à présent que pour qu'il soit utilisé plus efficacement, il faut passer par un système quelconque d'examen par les pairs, qui existe d'ailleurs, et cela, les conseils subventionnaires le font extrêmement bien.

Que faire pour obtenir une participation plus active de l'industrie? Vous n'avez que deux solutions: la carotte et le bâton. Je ne sais pas lequel des deux est le plus efficace. Il me semble cependant que l'usage de la carotte donne de meilleurs résultats dans la plupart de ces pays, à l'exception peut-être du Japon, où le gouvernement a peut-être plus de poigne qu'ailleurs.

M. Karpoff: On se sert aussi beaucoup de la carotte, là-bas.

Dr Keough: Je crois que la méthode de la carotte donne de bons résultats, en tout cas, dans les pays très développés de l'Europe de l'Ouest. Il en va de même aux États-Unis et aussi, je crois, au Japon. Il faudrait accorder certains types d'avantages à l'industrie afin de l'encourager à faire plus d'investissements dans ce domaine.

[*Texte*]

How do we get either industry or the government to spend more money? I do not have an answer to that, other than a willingness on behalf of both to recognize that this really is an investment in the future of the country. We are moving into a technological age, and we will fall behind without that commitment to invest. I think, as with the animal care issue, maybe moral suasion is one of the biggest things we can rely on, rather than legislation.

Mr. Halliday (Oxford): I want to welcome our witnesses tonight.

My questions are mainly to the Canadian Federation of Biological Societies. Our witness raised the question of Bill C-22. I do not need to remind you of the terrible resistance we had by opposition parties in the House and in the Senate on that bill. I would be curious to know what you, as researchers, feel has been the result of that to date. Has there been any improvement in the amount of expenditures in research, and could you give us some idea of the impact of that bill on you as researchers?

Dr. Keough: There certainly has been increased expenditure in research in this country as a result of Bill C-22. There is no doubt that the pharmaceutical manufacturers are putting more money into research. I cannot give you specific numbers, I am sorry, but substantial numbers of millions of dollars are now being spent that were not being spent beforehand.

One of the drawbacks of Bill C-22, however, is that what are really being encouraged by Bill C-22—and there is nothing wrong with them—are clinical trials and things that are close to clincial trial development in terms of drugs. Let me tell you what is partly wrong with clinical trials afterwards. That is the very last end of a research program. It is easy for the drug company to show flow-through of rights when they are testing their drug on their patients and the benefit of the research is obvious to the company and to Revenue Canada. I think they all agree on what is involved here.

What is not so easy for them to have happen under these conditions—and we believe we actually may be able to persuade them to spend some more money—is at the more frontier ends, because they cannot easily demonstrate a flow-through of rights. They cannot easily form consortia. There may be three or four drug companies in this country that might be interested in a generic problem, not a generic drug company but a generic research problem to do with cardiovascular disease. They may be willing to fund basic research in that area, but they may not be able to identify, for example, a flow-through of rights to their specific company. So under the current provisions of Bill C-22, as I understand them, they would not get any carrot, any particular benefit or break enabling them to count that. They may be able to get something under the Income Tax Act in one way, but they certainly would not get it under Bill C-22.

[*Traduction*]

Comment amener l'industrie ou le gouvernement à dépenser plus d'argent? Je n'en sais rien, sinon qu'il faudrait qu'ils soient tous deux prêts à reconnaître qu'il s'agit en réalité là d'un investissement dans l'avenir du pays. Nous entrons dans une ère technologique et sans cette volonté d'investir, nous allons prendre du retard sur les autres pays. A mon avis, comme dans le cas des soins aux animaux, il est peut-être préférable de compter sur la persuasion plus que sur les lois.

M. Halliday (Oxford): Je tiens à souhaiter la bienvenue à nos témoins, ce soir.

Mes questions s'adressent surtout à la Fédération canadienne des sociétés de biologie. Notre témoin a évoqué le projet de loi C-22. Il est inutile de vous rappeler la féroce résistance opposée à ce projet de loi par les partis d'opposition à la Chambre des communes et au Sénat. Je serais curieux de savoir ce qu'ont été les résultats jusqu'à présent, vus par des chercheurs comme vous. Y a-t-il eu une augmentation des dépenses en faveur de la recherche? Pouvez-vous nous donner une idée de l'effet de ce projet de loi sur vous, en tant que chercheurs?

Dr Keough: Le projet de loi C-22 a certainement contribué à une augmentation des dépenses en faveur de la recherche dans ce pays. Il est indiscutable que les fabricants de produits pharmaceutiques consacrent plus d'argent à la recherche. Je regrette de ne pas pouvoir vous donner de chiffres précis, mais l'on dépense maintenant des millions de dollars, alors qu'on ne le faisait pas auparavant.

Un des défauts du projet de loi C-22 est, cependant, qu'il encourage surtout les essais cliniques... qui n'ont d'ailleurs rien de répréhensible—et le développement de produits liés à ces essais. Permettez-moi de vous dire ce que l'on peut reprocher à ces essais. Ils se situent à la toute dernière étape d'un programme de recherche. Il est facile pour une société de produits pharmaceutiques de démontrer qu'il y a eu transfert de droits lorsqu'elle essaie son produit sur des malades et que les bienfaits de la recherche sont aussi évidents pour elle que pour Revenu Canada. Je crois que tout le monde est d'accord là-dessus.

Ce qui leur est plus difficile de faire dans ces conditions—et nous croyons que nous parviendrons à les persuader de dépenser plus d'argent—c'est d'en faire autant dans les secteurs de pointe où il est plus difficile de démontrer un transfert de droits. Il ne leur est pas facile de former des consortiums. Il y a peut-être trois ou quatre sociétés de produits pharmaceutiques, dans notre pays, qui s'intéressent à un problème générique, pas une société de produits génériques, mais un problème de recherche générique ayant trait aux maladies cardiovasculaires. De telles sociétés sont peut-être disposées à financer des recherches fondamentales dans ce domaine, mais il ne leur est peut-être pas possible de prouver, par exemple un transfert de droits à leur propre société. En pareil cas, compte tenu des dispositions du projet de loi C-22, telles que je les entends, on ne leur offrirait pas de carottes ni aucun avantage particulier leur permettant d'en tenir compte. Peut-être pourront-elles obtenir quelque chose au titre de la Loi de l'impôt sur le revenu, mais certainement pas aux termes du projet de loi C-22.

[*Text*]

• 2100

I can speak only for that particular part of the Canadian industry because I am not as familiar with other parts. If changes were made like that, I think that part of the Canadian industry would be encouraged to put more money at the frontier end. Maybe if similar things were done for other industries, if they do not fall under Bill C-22, that indeed would also encourage them to put a little more in.

As scientists, we are not averse to seeing industry spending money at all levels of research, and we would like to encourage them to spend more money at the frontier areas. We would like to encourage them to put more money into bricks and mortar, but they are not even allowed, at this point under the Income Tax Act, to get any credit. That may be a way, again, that would allow a university, for example, to be able to make a deal with a drug company that they cannot make now, as we understand the provisions. That is why we are asking the committee to seriously consider the implications of these.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I wonder if we could ask our witness to supply the committee with some more documentation or recommendations that we might use in formulating our recommendations on Bill C-22. It would be helpful if we had something in writing perhaps from you when you have a chance to consider it in more detail.

I would like to move on to another subject. I presume some of your membership work is in university teaching hospitals where the medical staff are full-time geographic teachers. For example, do some members of the CFBS work in the Hospital for Sick Children in Toronto?

Dr. Keough: Yes, they certainly do.

Mr. Halliday: Roughly what percentage of your membership would be that kind of researcher? Is it 10% or 50%?

Dr. Keough: You are talking now about medical doctors who are working in research or people who work in research institutes?

Mr. Halliday: I am not talking about medical doctors. I am talking about members of your society who are involved in teaching hospitals where research is done.

Dr. Keough: I am sorry, Mr. Halliday, but I really cannot pull that number out for you. I can certainly try to get some indication for you.

Mr. Halliday: I just want to get a rough idea. Is it 50%, 5% or 2%?

Dr. Keough: It would be 25% maybe. It would be more in university positions in mainline university departments.

[*Translation*]

Je ne puis parler que de ce secteur de l'industrie canadienne car je ne connais pas aussi bien les autres. Si l'on apportait ce genre de changements, je crois que cela encouragerait ce secteur à consacrer plus d'argent au domaine de pointe. Si l'on en faisait autant pour d'autres industries, si elles ne tombent pas sous le coup du projet de loi C-22, cela les encouragerait aussi peut-être à investir un peu plus dans la recherche.

Nous sommes des scientifiques et nous ne sommes pas opposés à ce que l'industrie consacre de l'argent à tous les niveaux de la recherche, mais nous voudrions l'encourager à en faire plus pour les secteurs de pointe. Nous voudrions l'encourager à investir plus dans des infrastructures, mais la loi actuelle de l'impôt sur le revenu ne lui permet même pas d'obtenir un crédit à ce titre. Il devrait y avoir un moyen de permettre à une université, par exemple, de conclure un accord avec une société de produits pharmaceutiques, ce qui est impossible maintenant, si nous comprenons bien les dispositions de la loi. C'est pourquoi nous demandons au comité d'en étudier sérieusement les conséquences.

M. Halliday: Monsieur le président, pourrions-nous demander au témoin de soumettre au comité d'autres documents ou recommandations que nous pourrions utiliser pour nos propres recommandations relatives au projet de loi C-22. Il nous serait utile que vous nous fassiez parvenir quelque chose par écrit dès que vous aurez eu le temps d'étudier la question plus en détail.

Je vais maintenant aborder un autre sujet. J'imagine qu'une partie des travaux de vos membres se fait dans des hôpitaux universitaires où le personnel médical est constitué par les enseignants à plein temps. Y a-t-il, par exemple, des membres de la FCSB qui travaillent à l'hôpital des enfants malades de Toronto?

Dr Keough: Oui, certainement.

M. Halliday: Quel est le pourcentage approximatif de vos membres que ce genre de recherche représente? Dix p. 100 ou 50 p. 100?

Dr Keough: Parlez-vous là de médecins qui font de la recherche ou de personnes qui travaillent dans des instituts de recherche?

M. Halliday: Je ne parle pas des médecins mais des membres de votre société qui travaillent dans des hôpitaux universitaires où l'on fait de la recherche.

Dr Keough: Excusez-moi, monsieur Halliday, je n'ai pas ce chiffre présent à l'esprit mais j'essaierai certainement de me renseigner.

M. Halliday: Je voulais simplement avoir une idée approximative. S'agit-il de 50 p. 100, de 5 p. 100 ou de 2 p. 100?

Dr Keough: Vingt-cinq p. 100, peut-être. Ce serait plutôt des gens qui occupent un poste dans des départements de grandes universités.

[*Texte*]

Mr. Halliday: Would you have any idea of the impact on research funds for those hospitals when extra billing came in through the Canada Health Act, which prevented full-time geographic professors who charged a fee for their service but then accepted a straight salary and the difference went into a research fund in the hospital? How much money was lost in the research community because of that?

Dr. Keough: I cannot answer that question.

Mr. Halliday: Could you supply us with a figure on that?

Dr. Keough: We can try to get it for you. I really cannot answer it right now.

Mr. Halliday: As you may have guessed, my concern is for research and development. I think we are sadly lacking in this country and have been under parties of all political stripes. In your earlier comments, you said we should learn to "pay a little for the future now". I could not agree with you more on that.

Having been a politician for a number of years, I am more and more convinced that politicians as such are not too interested in setting money aside for research. There is lots of evidence for that. We have to find another mechanism to find money for research, in my view, to find the kind of money that you think we should have and that you tell us other countries have.

For a long while, I have thought there is room for some kind of deductible in medical care that would apply not to low-income or moderate-income people but people above a certain level who could well afford to pay a deductible. What would you think about instituting that sort of proposal and using that money for research? How much resistance would you get to that kind of use for it—

Mr. Karpoff: Increase their taxes.

Mr. Halliday: That does not work, of course. This is exactly the problem. If you raise taxes, it goes into the Consolidated Revenue Fund and the researchers never see it. That is the trouble. I would be all for it if I knew it was going to go to the researchers. I would raise the taxes, but they would not see it.

If you took that deductible—and it could be a very small amount—that could be available to you people as researchers if we wanted to do it. It would not need to go into the Consolidated Revenue Fund. How would that appeal to you, and would you like to help us sell that to the community?

• 2105

Dr. Keough: Mr. Chairman, what a loaded question! But I take it quite seriously, though.

[*Traduction*]

M. Halliday: Avez-vous une idée de l'effet qu'a eu sur les fonds de recherche destinés à ces hôpitaux l'apparition de la surfacturation dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé, ce qui excluait les professeurs à plein temps qui facturaient des honoraires pour leurs services mais acceptaient un salaire, la différence entre les deux étant versée à un fonds de recherche à l'hôpital? Combien d'argent les milieux de recherche ont-ils perdu à cause de cela?

Dr Keough: Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question.

M. Halliday: Pourriez-vous nous fournir un chiffre là-dessus?

Dr Keough: Nous essaierons. Je ne puis vraiment pas vous répondre immédiatement.

M. Halliday: Comme vous l'avez sans doute deviné, c'est de la recherche et du dévelopement que je me préoccupe. A mon avis, la situation est lamentable dans ce pays et l'a toujours été, quel que fût le parti au pouvoir. Vous avez dit tout à l'heure que nous devrions apprendre à «payer dès maintenant un peu pour l'avenir». Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Je fais de la politique depuis de nombreuses années et je suis de plus en plus convaincu que les politiciens se soucient bien peu de mettre de l'argent de côté pour la recherche. Une foule de choses le prouvent. Il faut que nous trouvions un autre mécanisme pour financer la recherche, que nous trouvions les fonds que vous estimez être nécessaires et dont disposent, selon vous, d'autres pays.

Je pense depuis longtemps qu'il devrait y avoir un montant déductible pour les soins médicaux, qui serait utilisé, non pour des personnes à revenu faible ou moyen, mais pour les personnes dont le revenu est supérieur à un certain niveau et qui ont largement les moyens de payer cela. Que penseriez-vous de proposer cela et d'utiliser l'argent ainsi récupéré pour la recherche? Pensez-vous que cela déclencherait une forte résistance. . .

M. Karpoff: Augmentez donc leurs impôts.

M. Halliday: Cela ne marche pas, bien sûr. C'est précisément là le problème. Si vous augmentez les impôts, c'est le Trésor qui récupère l'argent et les chercheurs n'en voient jamais la couleur. C'est cela qui ne va pas. Je serais totalement partisan d'une telle mesure si je savais que ce sont les chercheurs qui en bénéficieraient. J'augmenterais les impôts, mais ils ne verraient jamais cet argent.

Si l'on décidait d'un montant déductible—il pourrait être très faible—il pourrait être mis à la disposition des chercheurs. Il ne serait pas nécessaire de le verser au Trésor. Cette formule serait-elle attrayante pour vous? Seriez-vous disposés à nous aider à la faire accepter par la collectivité?

Dr Keough: Monsieur le président, quelle question piégée! Je la prends cependant tout à fait sérieusement.

[*Text*]

Sir, I cannot give you the view of the Canadian Federation of Biological Societies on such a question because I would not, of course, want to speak for the society, having not even contemplated this as an idea until you broached it with me. I am not even certain how I want to speak for it as Kevin Keough, an individual, at this point, until we are able to think about the implications of such an idea.

However, if the government were able to find some way to earmark funds for research, in some general or specific way that was immune, at least in terms of the short-term fluctuations of budgetary considerations, so that we could have some long-term or medium-term guarantee of where the research money was coming from and approximately how much it was going to be, by whatever mechanism that was done, I am sure we would support that sort of approach, yes.

On the specifics of an approach, I would decline comment at this point because I do not know the full ramifications of the specifics.

Mr. Halliday: It would not be too late to give your response to us during the next few weeks. Obviously, we are looking for new ideas. What we have going now does not work. You people are not getting the money, and I do not see you getting it in the future. So I am desperately trying to find some new approach that will be acceptable to the general public in that it would feel the money was being spent in an appropriate manner.

I think people are basically for research, but the trouble is, as you know, that the pay-off for research does not come before the next election, but rather perhaps 20 years down the road. Unless we find some other way to obtain money from the private sector, from which all the money comes eventually, including tax dollars, I think you people will always be short of money for research and I think that is regrettable. So I am desperately looking for some mechanism.

Maybe you can think about the matter and perhaps supply the chairman or the clerk with some ideas on that subject in the next few weeks.

Ms Greene (Don Valley North): I was interested in your discussion of copyright. I do not know whether you are familiar with the private member's bill I have, which was referred to the communications committee. Are you familiar with the bill at all?

Dr. Keough: I am sorry, Ms Greene, I must admit that I am not.

Ms Greene: The bill proposes that works not within the repertoire of a collective be covered by fair use legislation similar to that in the United States; in fact, exactly the same as the legislation in the U.S., which would clarify the situation. Either you would go to the collective, pay the price, and it would be available from the collective on the same terms to everyone and so on, or you could use it for research purposes, educational purposes and so on, provided you were not making commercial use of it.

[*Translation*]

Monsieur, il ne m'est pas possible de vous donner l'avis de la Fédération canadienne des sociétés de biologie sur ce point car je ne puis naturellement pas me permettre de parler en son nom, et cela d'autant plus que c'est une question à laquelle je n'avais pas réfléchi jusqu'à présent. Je ne suis même pas certain, pour le moment, de la réaction de Kevin Keough, en tant que particulier; il faudra d'abord que nous réfléchissions aux répercussions d'une telle idée.

Cependant, si le gouvernement trouvait un moyen de réserver des fonds pour la recherche, en utilisant une méthode générale ou précise qui serait insensible, du moins à court terme, aux fluctuations des considérations budgétaires, de manière à ce qu'à moyen et long terme, nous puissions savoir d'où viendrait l'argent destiné à la recherche et quel en serait le montant approximatif, je suis certain que nous serions d'accord, quel que soit le mécanisme utilisé.

Quant aux détails d'une telle démarche, je préfère éviter de me prononcer pour le moment car je n'en connais pas tous les tenants et les aboutissants.

M. Halliday: Même si vous nous donniez votre réponse au cours des prochaines semaines, cela ne serait pas trop tard. Manifestement, nous sommes en quête d'idées nouvelles. Le système actuel ne fonctionne pas. Vous n'obtenez pas l'argent dont vous avez besoin et je doute que cela change. J'essaye donc désespérément de trouver une autre méthode qui donnerait l'impression au grand public que l'argent est dépensé comme il faut, et qu'il accepterait donc.

Je crois que, d'une façon générale, les gens sont favorables à la recherche, mais le problème, vous le savez bien, c'est que sa rentabilité ne sera pas assurée avant les prochaines élections, mais seulement dans 20 ans peut-être. À moins que nous ne trouvions un autre moyen d'obtenir de l'argent du secteur privé, qui est, de toute façon, la source ultime de tout l'argent de l'État, y compris celui des impôts, je crois que vos autres chercheurs seraient toujours à court d'argent, et c'est regrettable. C'est la raison pour laquelle je cherche si désespérément un mécanisme.

Peut-être pourriez-vous réfléchir à la question et soumettre quelques idées au président ou au greffier dans les prochaines semaines.

Mme Greene (Don Valley-Nord): J'ai été intéressée par ce que vous avez dit du droit d'auteur. Je ne sais pas si vous connaissez le projet de loi d'initiative parlementaire que j'ai présenté et qui a été soumis au Comité des communications. Êtes-vous au courant de son existence?

Dr Keough: Je dois reconnaître que non.

Mme Greene: Ce projet de loi propose que les oeuvres qui ne figurent pas dans le répertoire d'une société de gestion des droits d'auteur soient protégées par une mesure législative concernant le droit de citation, analogue à celle qui existe aux États-Unis; en fait, si elle était exactement la même, cela permettrait de clarifier la situation. Ou bien vous vous adresseriez à une telle société, vous payeriez le montant requis, et l'oeuvre serait disponible aux mêmes conditions pour tout le monde, ou bien vous pourriez l'utiliser à des fins de recherche, à des fins éducatives, etc., à condition de ne pas en faire un usage commercial.

[*Texte*]

So the proposed legislation clarifies things and removes a lot of the anomalies. It is supported by the Association of Colleges and Universities. Pierre-Yves Boucher, their executive director and legal counsel, helped to develop this bill. It is also supported by the Canadian School Trustees' Association, the Association of Media Studies Teachers, and the National Audio Visual Association of Canada. I have quite a good list, and even the music publishers have said they do not mind this legislation. They might like some modifications, but they like it.

The Canadian Association of University Teachers has written to me and are not in favour, because they want control for the producers, who are the people actually producing the work, and feel there should be remuneration under any circumstances. But they ignore all the problems you are talking about, such as these anomalies and the fact that people really do not know, as well as the liability questions and the research questions. Pierre-Yves Boucher, for example, says that he is advising people to publish in the United States, because if they publish in Canada the complexities are such that they could get into very serious problems.

So I am wondering whether you would have a look at the legislation and start to get active, because I think many of your members may also be members of the Canadian Association of University Teachers. It seems to me that the scientific community, the people who are trying to communicate and to work in the profession of teaching, research, and so on, are not being heard, but the creators are.

• 2110

Dr. Keough: Obviously the CAUT has a large number of members, some of whom are indeed members of the Canadian Federation of Biological Societies. A large number of our members would be members of CAUT. Representing as it does such a very broad constituency in this matter, CAUT may not have the same view as the scientific community would perhaps have, particularly with regard to certain aspects of copyright.

Often, from the point of view of materials that are of interest to most scientists, the copyright is for the most part not held by the original creator anyway, but by the publishing company, because we usually have to sign away the rights in order to have the material published. That is a pretty standard approach.

The scientific community is very concerned about the free communication of information in a reasonable manner, without being prejudicial to those who produce the information. We would very much like to look at the terms of the bill and will send back some comment on it to you.

The Chairman: I realize we were a bit late getting started and our time is almost up. Do any of the members have any more questions?

[*Traduction*]

Ce projet de loi précise donc un certain nombre de choses et élimine un tas d'anomalies. Il bénéficie de l'appui de l'Association des collèges et universités. Pierre-Yves Boucher, son directeur exécutif et conseiller juridique, a participé à l'élaboration de ce projet de loi, qui est d'ailleurs appuyé par l'Association canadienne de syndics des écoles, l'Association of Media Studies Teachers, et la National Audio Visual Association of Canada. J'ai là une liste intéressante, et même les éditeurs d'oeuvres musicales ont dit qu'ils n'étaient pas opposés. Ils voudraient peut-être quelques modifications, mais ce projet de loi leur plaît.

L'Association canadienne des professeurs d'université m'a écrit pour me dire qu'elle y était opposée car elle veut que les producteurs conservent le contrôle, car ce sont eux qui produisent l'oeuvre; elle estime donc que, quelles que soient les circonstances, il devrait y avoir une rémunération. Elle ignore cependant tous les problèmes dont vous parlez, notamment toutes ces anomalies et le fait que les gens ne sont pas du tout au courant, sans même parler des questions de responsabilité et de la recherche. Pierre-Yves Boucher, par exemple, dit qu'il recommande aux gens de publier leurs oeuvres aux États-Unis, car s'ils le font au Canada, c'est une entreprise si complexe qu'ils risquent de se fourrer dans des problèmes très sérieux.

J'aimerais donc savoir si vous accepteriez d'étudier ce projet de loi et de commencer à intervenir car je pense que beaucoup de vos membres appartiennent également à l'Association canadienne des professeurs d'université. J'ai l'impression que les milieux scientifiques, les gens qui essayent de communiquer et de travailler dans l'enseignement, la recherche et le reste, ne se font pas entendre, à la différence des créateurs.

Dr Keough: De toute évidence, l'ACPU compte un grand nombre de membres dont certains sont, bien sûr, membres de la Fédération canadienne des sociétés de biologie. En outre, une grande partie de nos membres adhèrent également à l'ACPU. Or, étant donné sa représentation très large pour cette question, il est possible que l'ACPU ne partage pas le même point de vue que la communauté scientifique, surtout en ce qui touche à certains aspects du droit d'auteur.

Souvent, et en ce qui touche au contenu qui intéresse la majorité des scientifiques, ce n'est de toute façon pas le créateur original qui conserve le droit d'auteur, mais plutôt l'éditeur commercial, car nous devons, en règle générale, renoncer à nos droits d'auteurs pour être publiés. Cette pratique est assez courante.

La communauté scientifique craint que la liberté de communiquer des renseignements d'une manière raisonnable ne puisse se faire sans que l'on porte tort à ceux qui sont à l'origine de ces renseignements. Mais nous préférerions examiner le libellé du projet de loi et vous faire part de nos réactions ultérieurement.

Le président: Je me rends compte qu'il est un peu tard pour commencer et notre temps est presque terminé. Est-ce que des membres du comité voudraient poser d'autres questions?

[*Text*]

Mr. Halliday: The witnesses made a comment about GST giving them some problems, which I did not quite follow. I will not ask you to go through it now, but perhaps you might submit some details to us on that comment. Or have you already done so with the minister?

Dr. Keough: I have written to the minister about the matter.

Mr. Halliday: Did you receive any response?

Dr. Keough: Yes.

Mr. Halliday: I wonder if we could have copies of your letter and of the response; not now, but perhaps you could send those on to us. I would like to see them.

Dr. Keough: Certainly. We will provide you with those copies. It fundamentally means that it just costs us more money to conduct research, with no additional money given to us to do it. It is tough.

The Chairman: Is that situation slightly different in each province? I think you mentioned in your brief that some of the provinces are cascading, while others are...

Dr. Keough: The situation is slightly different. Some provinces charge provincial sales tax on goods and services on the first grants and some do not. Some provinces then piggy-back onto the GST and some do not. So there are probably about 10 different versions, but the minimum tax is 2.3% because that is the federal amount, going up to 3.1% when you take a province that charges and piggy-backs at the maximum rate, which is my province.

Dr. Rowsell: Perhaps I might add, with regard to the animal issue, that the GST is increasing the costs of operation of animal facilities because many of the items used, including the animals themselves, are subject to GST.

Mr. Halliday: What reduction do you have because of removal of the FST, on both your issues? There must be savings, and I want to be fair about this.

Dr. Keough: Can I please comment on that? That is a question that is sent to us very often.

For good or bad, most of the goods and services, equipment and items we have to buy in order to do research in Canada are not manufactured in Canada. Therefore, they were never subject to the original 13% of the FST, so we were not paying that tax in the first place.

Of most items we bought that might have been subject under the old act, research was exempt of FST for almost everything except items... Anything intended for scientific use was FST-exempt. If we bought a refrigerator, it was not FST-

[*Translation*]

M. Halliday: Les témoins ont parlé de la TPS qui leur créerait certaines difficultés, mais je n'ai pas bien suivi. Je ne vous demanderai pas de nous réexpliquer tout cela maintenant, mais peut être pourriez-vous nous soumettre plus de détails à ce sujet. A moins que vous ne vous soyez déjà addressé au ministre.

Dr Keough: J'ai écrit au ministre à ce sujet.

M. Halliday: Avez-vous obtenu une réponse?

Dr Keough: Oui.

M. Halliday: Pourriez-vous nous remettre des photocopies de votre lettre et de la réponse; pas maintenant, mais vous pourriez nous l'envoyer plus tard. J'aimerais y jeter un coup d'oeil.

Dr Keough: Certainement. Je vous fournirai ces photocopies. En fin de compte, la TPS signifie que la recherche nous coûte plus cher, même si ne recevons pas d'argent. C'est très difficile.

Le président: Est-ce que cette situation varie tant soit peu d'une province à l'autre? J'ai cru lire dans votre mémoire que certaines provinces imposaient d'autres taxes, alors que d'autres...

Dr Keough: Oui, la situation varie quelque peu. Certaines provinces imposent une taxe de vente provinciale sur les biens et services, sur les premières subventions, alors que d'autres ne le font pas. Certaines provinces ont appliqué leur propre taxe en sus de la TPS, d'ailleurs. Ce faisant, il est possible qu'on ait affaire à dix cas de chiffres différents, mais la taxe minimale est de 2,3 p. 100, il s'agit de la taxe fédérale, et la taxe totale peut atteindre 3,1 p. 100 dans le cas d'une province qui impose une taxe supplémentaire au taux maximum, comme c'est le cas de ma province de résidence.

Dr Rowsell: Pour ce qui est de la question des animaux, il convient de préciser que la TPS donne lieu à une augmentation des coûts d'exploitation des installations vétérinaires car la majorité des instruments d'exploitation, dont les animaux eux-mêmes, sont soumis à la TPS.

M. Halliday: Mais à quelle réduction le retrait de la taxe de vente fédérale a-t-elle donné lieu, pour les deux aspects qui vous concernent? Il faut être juste, vous avez dû réaliser des économies par ailleurs.

Dr Keough: Puis-je intervenir à ce propos? C'est une question qu'on nous adresse très souvent.

Que ce soit un bien ou un mal, la majorité des biens et des services, des équipements et autres que nous devons nous procurer pour effectuer la recherche au Canada, ne sont pas fabriqués ici. Par conséquent, nous n'avons jamais été soumis à la taxe fédérale de vente de 13 p. 100... Nous n'avons donc jamais payé cette taxe-là.

Dans le domaine de la recherche, la plupart des pièces d'équipement que nous achetions et qui pouvaient être soumis à la taxe aux termes de l'ancienne loi étaient exemptés de la taxe fédérale de vente, sauf... Tout ce qui

[*Texte*]

exempt, but if we bought a special kind of refrigerator that was intended to be used in the laboratory, it was exempt even if it was made in Canada. But many items were made in the United States and we did not pay the FST anyway.

So fundamentally, even though there may be savings on a very small number of pieces of equipment, we will pay more because we unfortunately have to buy most of our supplies from outside the country. Those that were from inside the country were FST-exempt before.

• 2115

The Chairman: Thank you very much. I extend to each of you, Dr. Keough, Dr. Finegood, Dr. Gauthier and Dr. Rowsell our sincere appreciation for appearing before the committee.

Dr. Halliday had suggested that if you have some additional information or suggestions you may wish this committee to consider, let the research staff or the clerk of the committee know and provide us with it. We would be most appreciative.

Dr. Keough: Thank you, Mr. Chairman, for allowing us the opportunity. We will try to provide the information requested as soon as we can.

The Chairman: We shall have a very short break and then I will ask the next group, from the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, to come forward.

• 2117

• 2119

Mr. Karpoff: Mr. Chairman, before we recommence, I wish to apologize because I shall have to leave just before 10 p.m. I am from British Columbia, and for people in the riding there it is only 7 p.m. They have insisted I have a telephone conference with them about involvements in the Gulf about 7 p.m. their time, which I thought was 10 p.m. and we would be finished. I apologize for that.

The Chairman: All right. There are a number of our members tonight who are under some time constraints, and I do thank those of you who are here this evening.

• 2120

It is a pleasure to welcome, from the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, the Hon. Judy Erola and representatives. Ms Erola, perhaps I will get you to introduce the people you have with you, before your presentation.

[*Traduction*]

était destiné à l'usage scientifique était exempté de la taxe fédérale de vente. Par contre, si nous achetions un réfrigérateur, nous devions payer la taxe, mais si nous nous procurions un réfrigérateur particulier, destiné à une utilisation spéciale en laboratoire, nous ne devions pas payer la taxe, même s'il était de fabrication canadienne. Quoi qu'il en soit, comme la plupart de ces fournitures nous parvenaient des Etats-Unis, nous n'avions pas à payer la taxe fédérale de vente.

Ainsi, et même s'il est possible de réaliser quelques économies sur un petit nombre de pièces d'équipement, en fin de compte, nous nous trouverons à payer plus, car, malheureusement, nous devons nous procurer la plupart de nos fournitures à l'extérieur du pays. Jusqu'ici, celles que nous achetions au pays étaient exemptées de la taxe fédérale de vente.

Le président: Je vous remercie. Permettez-moi, D[r] Keough, D[r] Finegood, D[r] Gauthier et D[r] Rowsell de vous dire à quel point nous avons apprécié votre témoignage.

Comme l'a suggéré le D[r] Halliday, si vous avez d'autres renseignements ou suggestions que vous aimeriez soumettre à l'attention de ce Comité, veuillez en faire part au personnel chargé de recherche ou au greffier du Comité et veuillez nous faire parvenir tout cela. Nous l'apprécierions beaucoup.

Dr Keough: Je vous remercie, monsieur le président, de nous avoir donné cette occasion d'exprimer notre point de vue. Nous nous efforcerons de vous faire parvenir les renseignements demandés dans les plus brefs délais.

Le président: Nous allons prendre une pause très courte, puis j'inviterai le prochain groupe à s'avancer, soit les représentants de l'Association canadienne de l'industrie du médicament.

M. Karpoff: Monsieur le président, avant de recommencer, je vous prie de bien vouloir m'excuser car je devrai m'absenter un peu avant 22 heures. Comme je viens de la Colombie-Britannique, il ne sera encore que 19 heures dans ma circonscription. Or, mes gens ont insisté pour que nous ayons une conférence téléphonique au sujet de notre participation au conflit du Golfe persique, aux alentours de 19 heures à leur heure, autrement dit 22 heures pour nous; je pensais que nous aurions terminé. Je vous prie de m'excuser.

Le président: Parfait. Vous n'êtes pas le seul de nos membres à être pressé par le temps ce soir et je remercie tous ceux qui siègent ici à nos côtés.

J'ai le plaisir d'accueillir l'Honorable Judy Erola et d'autres représentants de l'Association canadienne de l'industrie du médicament. Madame Erola, je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent avant de commencer votre exposé.

[*Text*]

First of all, may I say on behalf of the committee how pleased we are that you are able to be here with us. I guess you and I crossed paths and Dr. Halliday and you served, I am sure, for a number of years in the House. You may recall my predecessor, Bert Hargrave. He had served for about 12 years, I think, prior to my coming here in 1984 and he always inquires about members on both sides of the House when I get back, as to whom I have seen and talked to, so he will be interested in knowing that you have appeared before this committee.

I had indicated to you that we have talked briefly several times at large gatherings, but I did spend a Sunday afternoon driving across my constituency, listening to you on *Cross-Canada Check-Up*, I think it was, where you were talking with one of our senators about Bill C-22. Certainly, I was well aware of your views and you may wish to comment further on that subject tonight.

However, at this time, I extend my thanks for your appearance before the committee and we look forward to your testimony.

Hon. Judith A. Erola, P.C. (President, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada): Thank you very much, Mr. Chairman and members of the committee, who have taken the time to stay late in the evening on a frosty January night when you could be at home in British Columbia. We are particularly pleased to be here.

Before I go any further, Mr. Chairman, I would like to compliment the group that appeared just before us, because we feel very strongly that the views they expressed are the views we would have expressed, given similar circumstances. We have worked with this group on a number of issues and concur with everything they said, both on the issue of taxation and research and development and on animal rights as well. We might be able to get in on that.

Since time is of the essence here, let me go ahead quickly to introduce Mr. Gordon Postlewaite, our Executive Director of the Health Research Foundation and Director of University and Scientific Affairs for the association; and Ms Lenora Marks, our Director of Publications. We will be happy to answer questions, of course. I will try to gallop through our formal presentation in order to get on to the question period.

We are very pleased to have this opportunity to appear before the House of Commons standing committee. PMAC is the national association of Canada's research-based pharmaceutical industry. We represent 66 companies engaged in the research, development, production, marketing and servicing of prescription and professional non-prescription pharmaceuticals.

[*Translation*]

Avant tout, permettez-moi de vous dire, au nom des membres du comité, que nous sommes ravis de vous accueillir ici. Nos chemins se sont déjà croisés et je suis sûr que vous connaissez le docteur Halliday, que vous avez cotoyé à la Chambre pendant plusieurs années. Vous vous rappelerez sans doute mon prédécesseur, Bert Hargrave; il a été député pendant 12 ans, je crois, avant que je n'arrive à la Chambre en 1984 et il me demande régulièrement des nouvelles des députés des deux côtés, lorsque je rentre chez moi; il veut que je lui dise qui j'ai vu, avec qui je me suis entretenu et je suis sûr que ça lui fera plaisir de savoir que vous êtes venue témoigner devant ce comité.

Je disais donc que nous nous sommes déjà parlé brièvement, à plusieurs occasions, dans le cadre de grands rassemblements, mais je tiens à vous dire que j'ai passé tout un dimanche après-midi, en sillonnant ma circonscription, à vous écouter à *Cross-Canada Check-Up*—du moins je crois qu'il s'agissait de cette émission—vous vous entreteniez avec un de nos sénateurs au sujet du projet de loi C-22. Je connaissais exactement le point de vue que vous exprimiez et sur lequel vous désirez peut-être revenir ce soir.

Encore une fois, permettez-moi de vous remercier de venir témoigner devant ce comité et je vous laisse à présent la parole.

L'honorable Judith A. Erola, c.p. (présidente, Association canadienne de l'industrie du médicament): Je vous remercie beaucoup, monsieur le président, ainsi que les membres du comité d'avoir bien voulu continuer de siéger tard par cette glaciale soirée de janvier alors que vous pourriez être confortablement installés chez vous, en Colombie britannique. Quant à nous, nous nous réjouissons d'être ici.

Avant de poursuivre, monsieur le président, je tiens à féliciter le groupe qui nous a précédé car j'ai la conviction que, dans des circonstances semblables, nous aurions exprimé exactement le même point de vue que ces porte-parole. Nous avons travaillé de concert avec ce groupe sur plusieurs aspects et nous sommes d'accord avec tout ce qui a été dit, tant en ce qui a trait à la taxation, qu'à la recherche et au développement ou qu'aux droits des animaux. Nous devrions également pouvoir intervenir sur ces sujets.

Mais, vu que le temps presse, permettez-moi de commencer tout de suite et de vous présenter notre administrateur de la Fondation pour la recherche en sciences de la santé, qui est également directeur des affaires universitaires et scientifiques de notre association; je suis en outre accompagnée de M^me^ Lenora Marks, directrice des publications. Bien sûr, nous repondrons bien volontiers à vos questions. Je vais m'efforcer de passer très rapidement au travers de notre mémoire afin d'en arriver rapidement à la période des questions.

Encore une fois, sachez que nous sommes ravis de pouvoir témoigner devant ce comité permanent de la Chambre des communes. L'ACIM est l'association nationale de l'industrie de la recherche pharmaceutique. Elle représente soixante-six entreprises qui se livrent à la recherche, au développement, à la production, à la commercialisation et au service de médicaments délivrés sur ordonnance et de médicaments professionnels en vente libre.

[*Texte*]

We do not represent the manufacturers of pharmaceuticals listed for self-medication in section 10 of the Food and Drugs Act, which are available through a variety of non-pharmacy outlets and are advertised directly to the public. They are more often called OTCs or over-the-counter products. I see Dr. Halliday nodding. I think he knows as much about our industry as anybody here, and I often wonder why we present to him because I think he is very much aware of the situation and the facts. I will look forward to your questioning, Dr. Halliday.

The principal mission of our association is to foster the continued viability and growth of a full-service, innovative pharmaceutical industry, providing the highest-quality health care products and services in the Canadian setting. In co-operation with governments, the health professions, and care providers, PMAC members have a key role to play as partners in the formulation of long-range policies to ensure availability of the highest quality and most cost-effective health care to Canadians. I think we really want to emphasize that.

We note that the focus of the committee study is the health care system and its funding. On a global basis there is an increasing focus on health care and its costs. This focus has resulted from a combination of several factors, including an aging population, longer life expectancy, and a rising tide of health care expectations on the part of informed consumers. Given the future demographic change, rapid expansion of medical technology, and potential financial constraints, there is an increasing concern on the part of governments as to their ability to continue to ensure the provision of efficacious care at a reasonable cost.

The Canadian health care system is held in very high regard. Indeed, the fact is that we have in Canada the best funded universally accessible health care system in the world, and we are all pretty pleased about that. We want to assure the committee that Canada's research-based pharmaceutical industry is anxious to do its part in preserving the quality and cost-effectiveness of our health care system.

• 2125

At the present time, annual health care expenditures in Canada exceed $50 billion. The main components of the health care system are institutional care, professional services, medicines, appliances and medical devices. While medicines and appliances account for 13.9% of total health care expenditures, prescription medicines account for approximately 6% of those expenditures, and when pharmacists' dispensing fees are subtracted, the figure at manufacturers' selling prices becomes 3.2%. I would like to elaborate on that further during the question period.

[*Traduction*]

L'ACIM ne représente pas les fabricants de produits pharmaceutiques pour auto-médication, visés à l'article 10 de la Loi sur les aliments et les drogues, qui sont mis en vente hors pharmacie et qui font l'objet d'une publicité s'adressant directement au grand public. On parle plus couramment de médicaments en vente libre. Mais je vois le docteur Halliday qui hoche la tête. Je suis sûre qu'il en sait beaucoup plus au sujet de notre industrie que n'importe qui d'autre ici et je me demande à quoi peuvent bien servir nos présentations, puisque je suis certaine qu'il est parfaitement au courant de la situation et des faits. J'ai hâte que vous me posiez vos questions, docteur Halliday.

Notre association a pour mission première de favoriser la viabilité et l'expansion d'une industrie pharmaceutique d'innovation offrant des services universels et fournissant des produits et des services de la plus haute qualité dans le cadre du système canadien de santé. En collaboration avec les pouvoirs publics, les professions du secteur santé et les dispensateurs de soins, les membres de l'ACIM ont un rôle essentiel à jouer comme partenaires dans la formulation de politiques à long terme visant à garantir à la population la disponibilité de soins de qualité supérieure avec le meilleur bilan coût/efficacité possible, et nous tenons à insister sur ce point.

Nous savons que l'étude conduite par le Comité est axée sur le système de soins et son financement. La santé et son coût mobilisent une attention accrue dans le monde entier. Cela résulte de la conjonction de plusieurs facteurs: le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie, et la demande croissante de services médicaux exercée par un public de consommateurs avertis. Compte tenu de l'évolution future des facteurs démographiques, de l'expansion rapide des technologies médicales et des contraintes financières envisageables, les pouvoirs publics se préoccupent de plus en plus de leur aptitude à assurer sans interruption la prestation de soins efficaces à un coût raisonnable.

Le système canadien de santé jouit d'une grande considération dans le monde entier. Il est même reconnu que le Canada détient le système de santé le mieux financé et le plus universellement accessible, et nous nous en réjouissons tous. Nous tenons à assurer au Comité que l'industrie de la recherche pharmaceutique du Canada souhaite jouer le rôle qui lui incombe afin de contribuer à préserver la qualité et la rentabilité de notre système de santé.

À l'heure actuelle, les dépenses de santé au Canada dépassent 50 milliards de dollars par année. Les principales composantes du système de santé sont les soins en établissement, les services professionnels, les médicaments et appareils, et les dispositifs à usage médical. Si la part des médicaments et des appareils s'élève à 13,9 p. 100 de la facture totale de santé, les médicaments de prescription représentent environ 6 p. 100 du coût total. Et si l'on ne tient pas compte des honoraires des pharmaciens, le prix de vente par les fabricants représente 3,2 p. 100. Je pourrai donner des précisions à ce sujet, lors de la période réservée aux questions.

[*Text*]

Our industry is proud of the fact that medicines are the smallest component of health care costs and, we believe, the most cost-effective. That is why industry is committed to research and development and to further augment its R and D activities, for while our medicines have for many years contributed to the quality of life of Canadians, the industry today faces some incredible challenges, which are offered to pharmaceutical research by diseases such as Alzheimer's, AIDS and cancer, diseases that are very different from those early diseases the pharmaceutical industry tackled successfully many years ago.

As members of the committee are aware, PMAC members in 1987 made a public commitment to increase their investment in Canadian research and development from a benchmark of 4.9% to 8% by 1991 and 10% by 1996. The PMAC commitment to increase investment in R and D to 10% of sales by 1996 is projected to amount to $1.4 billion of new investment for a total cumulative investment of $3 billion.

Of the $1.4 billion, $420 million or some 30% will be spent at universities and health research centres across Canada. Our commitment to the health of Canadians was manifested with the release on November 29, 1989 of the first annual report of the Patented Medicine Prices Review Board. The report found that manufacturers' prices of patented medicines rose on average by less than the board's guidelines, which are based on the consumer price index, and that in 1988 the industry's ratio of R and D sales had increased from the 4.9% benchmark to 6.1%.

The second annual report was released on November 29, and the news was even better. Total R and D expenditures, including capital costs and depreciation, reported to PMPRB by patentees increased dramatically by 47.7% from $165.7 million in 1988 to $244.8 million in 1989. Our current R and D expenditures, which represent 93.4% of the total expenditures, increased 44.1% from $158.6 million in 1988 to $288.6 million. What I think is most interesting to the members of this committee, and following up on the presentation made earlier by CFBS, is that basic research was the component showing the largest gain, up almost 77% over 1988 to $53.5 million, which is a truly outstanding performance.

Extramural funding of R and D by the industry at Canadian universities and hospitals expanded by 47.3% to $55.1 million. That exceeded the average current expenditure increase of 44.1% and now represents 24.1% of our total

[*Translation*]

Notre industrie est fière de pouvoir dire que les médicaments sont la composante la plus modique des dépenses de santé, et celle qui offre le meilleur bilan coût/efficacité. C'est pourquoi notre industrie s'est donnée une mission de recherche-développement, et c'est pourquoi elle est résolue à accroître ses activités dans ce domaine. Car si nos médicaments contribuent deupis longtemps à la qualité de vie de nos concitoyens, l'industrie fait aujourd'hui face à de nouvaux défis. Les défis qui lui sont lancés par des troubles pathologiques comme la maladie d'Alzheimer, le SIDA et le cancer, des maladies qui sont très différentes des premières pathologies pour lesquelles l'industrie pharmaceutique est parvenue, il y a plusieurs années, à trouver des remèdes.

Les membres du comité savent sans doute que les entreprises appartenant à l'ACIM se sont engagées officiellement, en 1987, à accroître leurs investissements dans la recherche-développement canadienne en les portant de 4,9 p. 100 de leur chiffre d'affaires à 8 p. 100 en 1991 et à 10 p. 100 en 1996. On prévoit que l'engagement pris par l'ACIM de porter les budgets de recherche-développement à 10 p. 100 du chiffre d'affaires d'ici 1996, suscitera de nouveaux investissements de 1,4 milliard de dollars, sur le total de 3 milliards investis pendant cette période.

Sur ce montant de 1,4 milliard, 420 millions, soit 30 p. 100 iront à des universités et à des centres de recherche médicale dans tout le Canada. L'action résolue menée par l'industrie a l'appui du système canadien apparaît à l'évidence dans le premier Rapport annuel publié le 29 novembre 1989 par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, dont les auteurs ont constaté que les prix à la production des médicaments brevetés ont augmenté en moyenne d'un pourcentage inférieur à ce qu'autorisent les lignes directrices du Conseil, lesquelles se fondent sur l'indice des prix à la consommation, et que, en 1988, la part du chiffre d'affaires que l'industrie consacre à la recherche-développement est passée de 4,9 p. 100 à 6,1 p. 100.

Le Conseil a déposé son deuxième Rapport annuel le 29 novembre dernier, un rapport qui est encore plus probant. Les dépenses totales de recherche-développement (y compris celles des budgets d'équipement et d'amortissement) déclarées du CEPMB par les brevetés ont connu une augmentation spectaculaire de 47,7 p. 100, de 165,7 millions de dollars en 1988 à 244,8 millions en 1989. Les budgets ordinaires de la recherche-développement, qui représentent 93,4 p. 100 des dépenses totales, ont augmenté de 44,1 p. 100 pour passer de 158,6 millions en 1988 à 288,6 millions en 1989. L'un des aspects les plus intéressants pour les membres de ce comité, et qui va dans le même sens que ce qui a été signalé par les représentants de la FCSB, tient au fait que la recherche fondamentale est l'élément qui dégage la plus forte augmentation, soit près de 77 p. 100 par rapport au montant de 53,5 millions enregistré en 1988. C'est là un résultat vraiment exceptionnel.

Le financement par l'industrie de travaux de recherche extra-industriels entrepris en milieu universitaire et hospitalier au Canada a augmenté de 47,3 p. 100 pour atteindre 55,1 millions, soit à un rythme supérieur à la

[*Texte*]

current expenditures. Almost all, 97%, of R and D expenditures reported by patentees is self-funded, with only 1.4% sourced with funds from federal-provincial governments. R and D expenditures increased from 6.1% of sales in 1988 to 8.2% in 1989, surpassing the PMAC target commitment of 8.1% in 1991.

I should add, Mr. Chairman, that we have an internal survey that indicates to us that in 1990 we did reach the 10% mark, which is six years ahead of schedule. Unfortunately, we cannot give you that in official figures because that will be up to the Patented Medicine Prices Review Board to report. But we can assure you that this is what they will be reporting. I understand their report will be out in six months.

What I think is equally important is that prices for existing patented products—that is, those that were on the market when the board was created in 1987, and this is a direct quote from the PMPRB report—"have increased at an average annual rate of only 3.2%, considerably lower than the CPI". Finally, for the period January 1989 to June 1990, and we are here quoting from the report:

> on average the price levels of existing patented drug products have remained consistently below the potential price levels allowed under the Board's Guidelines.

We believe the PMPRB report is the clearest possible statement of our industry's commitment to all Canadians in terms of both research into new therapies and product pricing.

A new initiative that we began shortly after the passage of Bill C-22 was the PMAC Health Research Foundation. For that reason I shall turn over the next part of our presentation to Gordon Postlewaite, who is the executive director of that foundation.

• 2130

Mr. Gordon Postlewaite (Executive Director, Health Research Foundation, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada): Thank you, Mrs. Erola. Good evening, ladies and gentlemen.

I think the PMPRB report attests to the success of PMAC members in attracting a greater proportion of their global R and D investments to Canada under the improved protection for their intellectual property provided by Bill C-22.

An important part of our commitment under Bill C-22 to double R and D investment in Canada and to contribute to the continuing need for Canadian researchers of excellence is our PMAC Health Research Foundation.

[*Traduction*]

progression moyenne des dépenses courantes, qui est de 44,1 p. 100. Ce poste de dépenses représente aujourd'hui 24,1 p. 100 du total des dépenses courantes. La quasi-totalité (97 p. 100) des dépenses de recherche-développement déclarées par les brevetés est autofinancée, tandis que l'apport des autorités fédérales et provinciales s'élève à peine à 1,4 p. 100. Le montant des budgets de R-D est passé de 6,1 p. 100 du chiffre d'affaires de l'industrie en 1988 à 8,2 p. 100 en 1989, dépassant ainsi l'objectif de 8,1 p. 100 que l'ACIM s'était fixé pour 1991.

Je tiens ici à rajouter, monsieur le président, que d'après une vérification interne, nous avons atteint l'objectif de 10 p. 100 en 1990, soit six ans plus tôt que la date prévue. Malheureusement, nous ne pouvons confirmer nos dires par des données officielles puisque celles-ci doivent être publiées dans le rapport du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Quoi qu'il en soit, je vous assure que c'est bien ce qui paraîtra dans ce rapport, qui devrait être publié dans six mois.

Mais il y a, selon moi, plus important encore: le prix des médicaments brevetés «existants» (ceux qui étaient sur le marché à la création du Conseil en 1987) a augmenté—et je cite texto le rapport du CEPMB—«selon un taux annuel moyen d'à peine 3,2 p. 100 soit une progression beaucoup plus lente que celle de l'indice des prix à la consommation». Enfin, pendant la période allant de janvier 1989 à juin 1990—et ici nous citons le rapport:

> Le prix moyen des médicaments brevetés «existants» s'est situé sous le niveau autorisé en vertu des lignes directrices du Conseil sur la tarification.

L'ACIM estime que le rapport du CEPMB est le constat le plus net possible de la résolution avec laquelle l'industrie de la recherche pharmaceutique tient ses engagements envers le public en ce qui concerne tant la recherche de nouvelles pharmacothérapies que la tarification de ses produits.

Il y a un nouveau projet que nous avons lancé peu après l'adoption du projet de loi C-22; il s'agit de la Fondation ACIM pour la recherche en sciences de la santé. Mais pour cela, je vais passer la parole à Gordon Postlewaite, qui est l'administrateur de la fondation.

M. Gordon Postlewaite (administrateur, Fondation pour la recherche en sciences de la santé, Association canadienne de l'industrie du médicament): Je vous remercie, madame Erola. Bonsoir mesdames et messieurs.

Je pense que le rapport du CEPMB atteste du succès qu'ont remporté les membres de l'ACIM à augmenter la part de leurs investissements en R & D au Canada, grâce à une meilleure protection de la propriété intellectuelle, garantie par le projet de loi C-22.

Une partie importante de notre effort, déployant en vertu du projet de loi C-22, effort visant à doubler notre investissement dans la recherche canadienne et donc à continuer de répondre aux besoins des chercheurs de pointe, incombe à la Fondation ACIM pour la recherche en sciences de la santé.

[*Text*]

The foundation is funded by payments from PMAC members. Its mission is to support research in the health sciences through an awards program which provides financial support for promising young scientists in the early part of their research careers at Canadian universities and affiliated research centres across this country.

As announced in a recent joint news release with the Medical Research Council, the cumulative value of the 110 awards announced by the foundation to date will inject $3.4 million into the funding of Canadian health research over the next five years. And commencing with the results of our 1991-92 competitions to be announced this April, we anticipate that an additional 122 awards, with a cumulative value of $2.1 million, will be injected annually into the system over this period.

The foundation's awards program is an outcome of the government's matched funding policy. Funding of most of the foundation's awards is shared with the Medical Research Council of Canada under the aegis of the MRC university industry program, which was mentioned during the discussions in the earlier presentation this evening.

The financial support provided through this joint funding comes at a very critical time, as we all know, when support for university research is chronically uncertain in many provinces.

As the committee knows, support of our excellent Canadian researchers is vital if this country is to remain competitive in the global, high-technology world of the 1990s, which is rapidly emerging. PMAC believes that the awards program of our foundation is an excellent example of how government and private industry can collaborate to create a supportive policy environment for essential research in the health sciences at our universities.

Dr. Halliday, you were looking for ideas and examples, and I think this is a good one. I might also note at this point that many PMAC members also participate individually in the MRC university-industry program with some $42 million, I believe, Mrs. Erola, in support of university-based researchers announced to date. So we would encourage the government to seriously consider expansion of the base budgets of existing granting councils, such as MRC, which are working so well, as was mentioned earlier.

Another example of such collaboration to promote research is the newly established Health Minister's National Advisory Council on Pharmaceutical Research. This council will advise the minister on policies and priorities for pharmaceutical research in Canada, especially taking into account initiatives for the funding of R and D.

[*Translation*]

La Fondation est financée par les membres de l'ACIM. Elle a pour mission d'appuyer la recherche en sciences de la santé par le biais d'un programme de bourses qui assure un soutien financier aux jeunes chercheurs qui ont du potentiel, dans leur premier pas dans leur carrière, dans les universités et les centres de recherche au Canada.

Comme nous l'avons annoncé dans un récent communiqué de presse publié conjointement avec le Conseil de la recherche médicale, la valeur cumulative des 110 bourses annoncées jusqu'ici représente un apport de 3,4 millions de dollars au financement de recherches en sciences de la santé, au cours des cinq prochaines années. Et, à commencer par les résultats des concours 1991-1992, qui seront annoncés en avril, on prévoit que 122 nouvelles bourses injecteront dans le système 2,1 millions de dollars par an pendant cette même période.

Le programme de bourses de la Fondation découle de la politique de financement partagé du gouvernement. La plus grande partie du financement des bourses accordées par la Fondation est assurée par le Conseil des recherches médicales du Canada, dans le cadre du programme université-industrie du CRM dont il a déjà été question dans des témoignages ce soir.

Le concours financier apporté par ce mécanisme commun tombe pour en nommer, au moment où le financement de la recherche universitaire souffre d'incertitudes chroniques dans nombre de provinces.

Les membres du Comité savent qu'il est indispensable de soutenir l'effort des chercheurs de pointe au Canada si nous voulons que le pays reste compétitif dans le monde de la haute technologie des années '90, une autre technologie qui s'impose de plus en plus à nous. L'ACIM estime que le programme de bourses de la Fondation est un excellent exemple de la façon dont les pouvoirs publics et l'industrie privée peuvent collaborer afin de créer un climat propice à la conduite, dans nos universités, de recherches essentielles en sciences de la santé.

Docteur Halliday, vous qui cherchiez des idées et des exemples, eh bien en voilà un qui, je pense, est excellent. Je me dois également de vous faire remarquer qu'un grand nombre de membres de l'ACIM participent également, à titre individuel, au programme université-industrie du CRM dans lequel leur participation se chiffre à quelque 42 millions de dollars. Il s'agit là, je crois, madame Erola, de l'appui aux chercheurs en milieu universitaire qui a été annoncé jusqu'ici. Donc, pour reprendre ce qui a été dit tout à l'heure, nous ne pourrons qu'encourager le gouvernement à envisager très sérieusement d'augmenter les budgets de base des actuels conseils de financement, comme le CRN, qui fonctionne tellement bien.

La création récente du Conseil consultatif national sur la recherche pharmaceutique est un autre exemple de cette collaboration. Le nouveau conseil agira à titre consultatif auprès du ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social pour ce qui a trait aux politiques relatives à la recherche pharmaceutique au Canada, compte tenu en particulier des initiatives pour le financement de la recherche-développement.

[*Texte*]

PMAC was very pleased to be consulted in the formulation of the committee's terms of reference, which include consideration of such matters as strengthening the scientific and technological infrastructure for pharmaceutical R and D; incentives and impediments in the context of global R and D investment; development of a regulatory environment supportive of the discovery of medicines; and development in new areas, such as biotechnology, which holds so much promise for the health care industry.

We are particularly pleased that four experts from our industry have been invited to sit on the council. The first meeting has been scheduled for late February. We look forward with anticipation to the council's preliminary report, which is expected to become available within a year's time.

The minister's initiative in establishing the advisory council is fully endorsed by PMAC. Although stipulated amounts of effective patent protection for our industry's intellectual property were restored in 1987, there are issues that must be addressed if Canada is to have a successful industrial strategy for pharmaceutical research and productive interaction with the university and scientific communities.

For example, there is concern about the narrow Revenue Canada definition of scientific research and experimental development eligible for income tax credits, which is being used by the Patented Medicine Prices Review Board. That restrictive definition limits the ability of PMAC members to expand their activities in necessary areas such as funding the training of researchers per se through the establishment of chairs in specialized disciplines of interest to the industry or expanded funding of more fundamental pre-competitive research, and it places an undue administrative burden upon our members.

• 2135

We want to underscore the fact that this concern about the eligible SRED definition not only exists on the part of our industry but, as you have heard, is shared by the scientific and medical communities as well. Indeed, such organizations as CFBS and the Association of Canadian Medical Colleges and the Canadian Medical Association have all adopted resolutions on the issue, and they have communicated to various departments of the federal government the inhibiting impact of this definition and the need to broaden it.

Another concern relates to the increasing backlog of drug submissions at the Health Protection Branch and the length of time it takes the branch to review submissions once the review process commences. This committee should be aware that the period of time taken by the branch to approve a new drug submission has risen from 702 days in 1986 to 1,097—that is, just under three years—by 1989. The elimination of the drug backlog at the Health Protection

[*Traduction*]

L'ACIM se félicite d'avoir été consultée au sujet du mandat du Comité qui comprend l'examen de questions telles que: le renforcement de l'infrastructure scientifique et technologique pour la R-D pharmaceutique; les facteurs qui encouragent ou dissuadent l'investissement dans la R-D à l'échelon mondial; l'élaboration d'un climat règlementaire propice à la découverte de nouveaux médicaments; l'évolution des secteurs de pointe comme les biotechnologies et qui sont porteurs de beaucoup de commerce pour l'industrie des soins de santé.

Nous sommes particulièrement heureux que quatre représentants de notre industrie aient été invités à siéger au Conseil, dont la première réunion est prévue fin février. Nous attendons avec un vif intérêt le rapport préliminaire que le Conseil devrait publier d'ici un an.

L'initiative prise par le ministre de créer le Conseil consultatif reçoit l'appui inconditionnel de l'ACIM. Car, même si des périodes précises de protection ont été rétablies en 1987, en faveur des droits de propriété intellectuelle de notre industrie, il reste certaines questions à régler pour que le Canada ait une stratégie industrielle valable dans le secteur de la recherche sur les produits pharmaceutiques et pour que nous parvenions à réaliser une interaction productive entre le milieu universitaire et la communauté scientifique.

Par exemple, la définition fiscale étroite de «recherche scientifique et développement expérimental» qu'applique le Conseil pour l'examen du prix des médicaments brevetés suscite certaines préoccupations. Cette définition limite la latitude des membres de l'ACIM à reprendre leurs activités dans des domaines essentiels, comme le financement de la formation des chercheurs par la création de chaires dans des disciplines spécialisées, présentant un intérêt pour l'industrie, ou par une augmentation du financement de la recherche fondamentale pré-compétitive, et leur impose un fardeau administratif injustifié.

Nous tenons à souligner que les préoccupations soulevées par la définition de «recherche scientifique et développement expérimental» ne sont pas exprimées uniquement par notre industrie mais, comme vous l'avez découvert, sont partagées par les milieux scientifiques et médicaux. C'est ainsi que des organismes comme la FCSB, l'Association des facultés de médecine du Canada et l'Association médicale canadienne, ont adopté des résolutions à ce sujet. Et ils ont expliqué aux diverses administrations fédérales les répercussions défavorables de cette définition, en soulignant la nécessité qu'il y a de l'élargir.

D'autres préoccupations sont soulevées par l'accroissement du nombre de demandes en attente à la Direction générale de la protection de la santé et par la longueur des délais nécessaires à l'examen des dossiers par la DGPS, une fois le processus amorçé. Pour l'information des membres du comité, il faut préciser que les délais d'examen d'une soumission de drogues nouvelles sont passées de 702 jours en 1986 à 1,097 jours en 1989, soit une attente de près

[*Text*]

Branch and reduction in the time required for approval of drug submissions should be a major priority. Canadians have a right to be able to obtain new medicines already available elsewhere in the world as expeditiously as possible.

We have been working with the branch to implement the recommendations of the Stein report on these issues, and while fundamental structural changes have been implemented, progress towards established targets on schedule is not evident to date.

Finally, while the degree of patent protection for intellectual property in the marketplace has been restored to our industry under Bill C-22, that protection is still conditional and it is still less than that afforded to the intellectual property of other Canadian industries. Indeed, it remains inferior to the extended protection being afforded to the intellectual property of the pharmaceutical industry in other major developed countries as they strive to maintain their high-technology competitiveness internationally.

We are hopeful that the Minister's Advisory Council on Pharmaceutical Research will carefully consider all these issues. They relate directly to the environment for Canada's research-based pharmaceuticals, to the health of Canadians, and to the focus of this committee's study.

Let me conclude my remarks here by indicating that it is important that the committee be aware that over 90% of all new medicines available in Canada today, and around the world, were developed by the transnational research-based pharmaceutical industry of which PMAC members are a part. It is in all our best interests to ensure that Canada's policy environment for pharmaceutical research is one that will continue to promote that high degree of innovation and remains competitive in a global context.

I would like to turn the floor back to Mrs. Erola.

Mrs. Erola: Earlier we alluded to the research challenges facing our industry. Diseases such as AIDS, Alzheimer's, and cancer and the health of our aging population present unique research challenges. We can assure you that our industry has taken up these challenges. For example, 221 medicines are in development for the treatment of 123 different diseases that afflict the elderly. Cardiovascular disease leads all others as a target for research spending, to develop more effective therapies for heart disease, hypertension, and stroke. Cancer is the second largest category, gaining momentum with some 65 different medicines in human testing for cancers common to the elderly.

Research is also strong in medicines for the diseases that most often result in loss of independence for older persons. Among these are 15 for Alzheimer's, 25 for arthritis, 10 for osteoporosis, and 6 for Parkinson's disease.

[*Translation*]

de trois ans. La résorption de la masse des dossiers en attente à la DGPS et la réduction des délais d'approbation des dossiers devrait faire l'objet de la plus haute priorité. Nos concitoyens ont le droit de pouvoir obtenir de nouveau médicaments, déjà offerts ailleurs dans le monde, dans les meilleurs délais possible.

Nous avons travaillé en collaboration avec cette Direction à la mise en oeuvre des recommandations du rapport Stein, à ce sujet. Et, même si des changements fondamentaux ont été apportés à la structure de la Direction, on n'a pas encore senti, jusqu'à présent, de progrès dans le sens de la réalisation des échéanciers fixés.

Enfin, bien qu'un certain degré de protection ait été rétabli en faveur des droits de propriété intellectuelle de notre industrie, aux termes du projet de loi C-22, cette protection demeure inférieure à celle dont jouissent les autres industries canadiennes. Et elle est aussi inférieure à la protection conférée aux droits de propriété intellectuelle de l'industrie pharmaceutique dans les grands pays industrialisés qui s'efforcent de maintenir leur compétitivité sur le plan de la haute technologie, à l'échelle internationale.

Nous espérons que le Conseil consultatif sur la recherche pharmaceutique examinera attentivement toutes les questions qui concernent directement le climat dans lequel fonctionne l'industrie de la recherche pharmaceutique, la santé de nos concitoyens et le sujet même de l'étude confiée au Comité.

Je vais conclure mon intervention en précisant à quel point il importe que les membres du Comité sachent que plus de 90 p. 100 de tous les nouveaux médicaments disponibles au Canada ont été mis au point par l'industrie de la recherche pharmaceutique internationale dont font partie les membres de l'ACIM. Nous avons tout intérêt à nous assurer que le climat officiel dans lequel prend place la recherche pharmaceutique continuera à favoriser un tel degré d'innovation et demeurera compétitif à l'échelle internationale.

Je rends à présent la parole à M^me^ Erola.

Mme Erola: Tout à l'heure, nous avons mentionné les défis auxquels notre industrie est confrontée. Des maladies comme le SIDA, la maladie d'Alzheimer et le cancer, et la santé de notre population en vieillissement, constituent autant de défis exceptionnels pour la recherche. Nous pouvons vous assurer que notre industrie a relevé ces défis. Par exemple, 221 médicaments sont en cours de développement pour le traitement de 123 maladies qui touchent les personnes âgées. Les affections cardiovasculaires sont en tête de toutes les autres catégories thérapeutiques par l'importance des budgets de recherche visant à mettre au point des traitements plus efficaces contre les maladies cardiaques, l'hypertension et les accidents cérébrovasculaires. Le cancer est la deuxième catégorie thérapeutique en importance avec quelque 65 médicaments actuellement à l'étude sur des volontaires humains pour le traitement de cancers fréquents chez les personnes âgées.

D'importants travaux sont également en cours pour la recherche de médicaments contre les maladies qui privent souvent les personnes âgées de leur autonomie, notamment 15 produits pour le traitement de la maladie d'Alzheimer, 25 contre l'arthrite, 10 contre l'ostéoporose et 6 contre le parkinsonisme.

[*Texte*]

During the past year the number of medicines and combination therapies in development for AIDS and related disorders has risen to 77. These 77 research projects involved 62 medicines and vaccines being developed by some 40 companies.

The special problems related to the use of medicines by seniors have always been a focus of our PMAC members. Indeed, our commitment to the rational use of medicines by informed consumers in accordance with the directions and advice of health care professionals is clearly stated in the general principles of our code of marketing practices.

Promotion of the rational use of prescription medication has been one of our industry's major activities for many years. We have implemented several programs aimed at promoting rational medication use. In fact, as I speak I am going to ask Lee Marks, who is our director of publications, to distribute to you a pamphlet that we have been distributing to Canadians at large. I think we are at the 10 million mark now, are we, Lee?

• 2140

Ms Leonara Marks (Director of Publications, Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada): It is just about 8 million.

Mrs. Erola: We have produced a film entitled *The Final Ingredient*. It underscores the growing social concern about problems with the use of prescription medicines, and examines ways in which consumers can avoid such problems. It also focuses on the importance of patient responsibility.

This booklet, *The Medicines Your Doctor Prescribes*, is a series of colourful posters that really graphically, and somewhat amusingly sometimes, depict the basic common-sense rules of rational medication use.

We also had a special project this fall, a co-sponsorship with the Canada Safety Council during November's National Senior Safety Week. The response to this was quite overwhelming. Municipalities across the country officially participated in the event for which over 15,000 campaign kits were distributed to reach an estimated 3 million seniors. In addition to distribution of the kits, Public Service announcements, sponsored by PMAC and the Canada Safety Council, were aired over 300 radio stations.

I am very proud to say that we worked with the Minister of National Health and Welfare and the minister responsible for seniors in launching the week's events at Toronto and Montreal. It was through these combined efforts that all seniors received in their pension cheques the seniors awareness pamphlet on the use of medications.

[*Traduction*]

Au cours de l'année écoulée, le nombre de médicaments et de pharmacothérapies associées, en développement pour la lutte contre le SIDA et les troubles connexes, a atteint 77. Ces 77 projets de recherche portent sur 72 médicaments et vaccins mis au point par 40 entreprises.

Les problèmes particuliers liés à l'usage des médicaments par les personnes âgées ont toujours été un sujet de préoccupation pour les membres de l'ACIM. En fait, notre résolution à assurer que les médicaments sont employés de façon rationnelle par des consommateurs avertis, selon les prescriptions et les conseils des professionnels du secteur de la santé, est clairement énoncée dans les principes généraux de notre Code de pratiques de commercialisation.

Et la promotion de l'usage rationnel des médicaments est depuis des années l'une des activités majeures de notre industrie. Nous avons mis en oeuvre plusieurs programmes visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments. En fait, je vais demander à Lee Marks, notre directrice des publications, de vous remettre une brochure, pendant que je parle, que nous avons distribuée à tous les Canadiens. Je crois que nous avons à présent atteint le seuil des 10 millions, n'est-ce pas Lee?

Mme Leonara Marks (directrice des publications, Association canadienne de l'industrie du médicament): Nous en sommes à près de 8 millions.

Mme Erola: Nous avons produit un film intitulé «*L'Ultime ingrédient*», qui souligne les préoccupations sociales croissantes que suscite l'usage de médicaments de prescription et qui examine la façon dont les consommateurs peuvent éviter ces problèmes. Ce film souligne l'importance que revêt la responsabilité du patient pour l'observance des recommandations du practicien lorsqu'un médicament doit être prescrit.

Cette brochure, *Les médicaments prescrits par votre médecin*, ainsi qu'iune série d'affiches en couleurs, traduisent de façon graphique les règles élémentaires de bon sens pour l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques.

L'automne dernier, nous avons aussi entrepris un projet spécial aux côtés du Conseil canadien de la sécurité, le parrainage de l'organisation, en novembre dernier, de la Semaine nationale de sécurité des aînés, qui a suscité une réponse très favorable dans la communauté. Des municipalités de tout le pays ont officiellement participé à cette manifestation pour laquelle plus de 15,000 dossiers d'information ont été distribués à l'intention de quelque trois millions de personnes âgées. Outre la distribution des dossiers, des annonces d'intérêt public réalisées sous l'égide de l'ACIM et du Conseil canadien de la sécurité ont été diffusées par plus de 300 postes de radio.

Je suis très fière que nous ayons collaboré avec le ministre de la Santé et du Bien-être social et avec le ministre responsable de aînés au lancement des manifestations de la Semaine nationale, qui se sont tenues à Toronto et à Montréal. Grâce à cet effort commun, tout les aînés ont reçu, dans leurs enveloppe de chèque de pension vieillesse, votre brochure de réutilisation à l'usage des médicaments.

[*Text*]

Let me conclude by saying that our association is committed to high-quality health care of all Canadians. Our objective is to continue to produce high-quality medicines that are safe and effective and that contribute to containing health care costs. A growing body of studies exists that demonstrates the cost-effectiveness of medicines developed during the 1970s and 1980s. As evidence builds up, it is becoming increasingly clear that the use of medicines helps to contain rather than to increase the overall cost of disease and health care. In fact, just this fall I attended a symposium in London that was entitled "The Role of Drugs In Preventive Medicine". I think that is a very important facet of the role of medications in the health care system.

Our industry will continue to make its contribution to quality and affordable health care for all Canadians.

We invite your questions.

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Erola, for the presentation.

Mr. Karpoff: The issue of drugs and drug pricing is a complex issue and I guess all of us could spend a great deal of time on it. You have certainly given one side of the equation—increased research. The other side, of course, is that it has resulted in increased revenues for the companies.

Do you have any information on the ability of Bill C-22 to keep out generic drug? That is basically what it has done. What has been the increased revenue to the drug companies in that period of time?

Mrs. Erola: First of all, I welcome that question because there have been no real increased revenues to our companies during this period. They have really not felt the effects of protection yet.

If you look at Bill C-22 you will find that there was protection for pipeline products. In the period since Bill C-22 the growth of the generic industry has been nothing short of astronomical. We have figures here that indicate that in 1985 the generics had a 3.4% share of the industry; it is now up to 20.4%. In 1989 that figure went to 25.7%, so we see an enormous increase in the use of generics. It will be a long time—actually, probably another five years—before we see any real benefits to the innovative pharmaceutical industry.

Mr. Postlewaite: Their growth rate in dollar revenues over the period 1985 to 1989 is 112%, compared with about 16% for the rest of the industry.

Mr. Karpoff: I do not deny that there is an increase in research, but that research money is going to come out of the pockets of the Canadian consumer.

• 2145

Mrs. Erola: This is where we disagree.

[*Translation*]

Je conclurai en desant que notre association est résolue à assurer des soins médicaux de la plus haute qualité à l'ensemble de la population. Notre objecctif est de continuer à prodfuire des médicaments de grande qualité présentant toutes garanties d'innocuité et d'efficacité et contribuant à contenir leese dépenses de santé. Un nombre croissant d'études démontrent que les médicaments mis au point pendant les années 70 et 80 présentent un bilan coût/efficacité favorable. À mesure que les preuves s'accumulent, il est de plus en plus manifeste que le recours aux médicaments est un moyen de limiter—et non d'augmenter—le coût total de la maladie et des soins de santé. En fait, l'automne dernier, j'ai assisté à un symposium, à Londres, sur le rôle des médicaments en médecine préactive. Il s'agit là, en effet, d'une diversion très importante de la place des médicaments dans le système de santé.

Notre industrie continuera de contribuer à la prestation de soins de santé de grande qualité à la portée de la population tout entière.

Nous sommes prêts à répondre à vos questions.

Le président: Je vous remercie beaucoup, madame Erola de cette présentation.

M. Karpoff: Toute cette question des médicaments et de la tarification des médicaments est complexe et je pense que nous pourrions y passer beaucoup de temps. Vous nous avez certes démontré un membre de l'équation: une recherche plus poussée. Quant à l'autre membre, c'est que les compagnies en ont retiré plus de recettes.

Savez-vous dans quelle mesure le projet de loi C-22 a exclu les médicaments génériques? C'est essentiellement ce qu'il a fait. Pendant cette période, quelle a été l'augmentation des revenus des compagnies pharmaceutiques?

Mme Erola: Tout d'abord, je suis heureuse que vous me posiez cette question car il n'y a pas vraiment eu d'augmentation de revenu pour nos compagnies pendant ces périodes. Elles n'ont pas encore vraiment ressenti les effets de la protection.

Si vous examinez le projet de loi C-22, vous constaterez qu'il protégeait des produits en voie de commercialisation. Depuis ce projet de loi, l'industrie du médicament non-breveté a connu une croissance phénoménale. D'après les données dont nous disposons, la part des produits génériques est passée de 3,4 p. 100 en 1985 à 20,4 p. 100. En 1989, elle a même atteint 25,7 p. 100, ce qui nous force à constater une augmentation marquée dans la consommation des médicaments non-breuvetés. Il faudra encore longtemps —en fait, probablement encore cinq ans —avant que nous ne percevions les véritables avantages de cette industrie pharmaceutique novatrice.

M. Postlewaite: Le taux de croissance du chiffre d'affaire de ce secteur, de 1985 à 1989, est de 112 p. 100, contre 16 p. 100 environ pour le reste de l'industrie.

M. Karpoff: Je ne nie pas qu'il y ait eu une augmentation dans la recherche, mais l'argent servant à cette recherche sort de la poche du consommateur canadien.

Mme Erola: C'est là que nous ne sommes pas d'accord.

[*Texte*]

Mr. Postlewaite: I alluded to this earlier—

Mr. Karpoff: You are going to manufacture the money out of the air.

Mr. Postlewaite: No, no. May I just outline to you that a 1989 study at Tufts University in Boston has indicated that the global cost of developing one new product, discovering it and bringing it to market, is now $268 million Canadian, and it takes between 10 and 15 years to accomplish this. As a result, pharmaceutical R and D is a global endeavour, a global undertaking.

As I suggested to you, the PMPRB Report demonstrates very clearly the success of PMAC members in attracting a larger share of that total global investment to Canada. Meanwhile the prices have stayed under the consumer price index. It is not coming out of consumers' pockets; it is coming out of dollars that would have been spent in other countries around the world.

Mr. Karpoff: Let me give you a concrete example. Right now we are having a growing problem with hepatitis B in this country. There is a vaccine for hepatitis B. In Canada it costs $33 for an immunization. You need three, so it costs around $100. The Vancouver Fire Department, who are buying it in bulk for their fire-fighters, are getting it at a little less. In most other countries it is between $7 and $9; in New Zealand it is $3. The consumer, because of patent protection, is paying $33.

Mr. Postlewaite: That vaccine is protected by better patent protection in some of the other countries. I think when you compare absolute prices between different world markets you are looking at a lot of variables that intervene. An absolute dollar price in one country just does not relate to another country. For an easy example, exchange rates, just for starters.

Mr. Karpoff: Exchange rates may account for a bit, but—

Mrs. Erola: There is no question that in the developed countries of the world there is a trade-off. If you are going to be a high-technology society where you are going to provide for research and development, you will have to balance those interests. If Canada is going to be part of that developed world, part of that higher economic order, then there are trade-offs to be made.

I would suggest to you that if we look at those countries in the world where there has been no patent protection, that is, those countries of the Eastern Bloc, you will find no research and development, no new products coming through the pipeline.

Mr. Karpoff: You will not find anything in the Eastern Bloc countries anyway.

Mrs. Erola: Exactly. But what we are looking at is a country such as Canada which is striving to be part of the high-tech G-7 countries. In order to do that, we have to be part of the trading world that plays by the rules. If we are not going to play by the rules we will suffer the consequences of having declining research and development in our country. We may pay lower prices in the short term; in the long term we will be paying a much higher price in reduced research

[*Traduction*]

M. Postlewaite: J'en ai parlé tout à l'heure...

M. Karpoff: Vous allez fabriquer de l'argent à partir de rien.

M. Postlewaite: Non, non. Permettez-moi de vous faire remarquer qu'une étude réalisée en 1989 à l'Université Tufts de Boston a révélé que le coût global de la mise au point d'un nouveau produit, de la découverte et de la commercialisation s'établit maintenant à 268 millions de dollars canadiens et prend de 10 à 15 ans. C'est pourquoi, dans le domaine pharmaceutique, la recherche et le développement constituent une entreprise planétaire.

Je l'ai déjà dit, le rapport du CEPMB démontre très clairement que les membres de l'ACIM ont réussi à attirer une part plus importante de l'investissement planétaire global au Canada. Pendant ce temps, les prix sont restés en dessous l'indice des prix à la consommation. Cela ne provient pas des consommateurs; il s'agit de sommes qui auraient été dépensées dans d'autres pays du monde.

M. Karpoff: Permettez-moi de vous donner un exemple concret. À l'heure actuelle, nous avons un problème croissant à propos de l'hépatite B. Il existe un vaccin pour l'hépatite B. Au Canada, l'immunisation coûte 33$. Il en faut trois, de sorte que le coût est d'environ 100$. Le service des incendies de Vancouver, qui achète le vaccin en vrac pour ses pompiers, obtient un petit rabais. Dans la plupart des autres pays, le coût s'établit entre 7 et 9$; en Nouvelle-Zélande, il est de 3$. En raison de la protection accordée par le brevet, le consommateur paie 33$.

M. Postlewaite: Ce vaccin est mieux protégé par les brevets dans certains autres pays. Si l'on veut comparer les prix absolus entre divers marchés mondiaux, il faut tenir compte d'un grand nombre de variables. Le prix en dollars absolus dans un pays n'a tout simplement aucun rapport avec le prix dans un autre pays. Pour donner un exemple facile, il faut au départ tenir compte des taux de change.

M. Karpoff: Les taux de change peuvent rendre compte d'une partie de la différence, mais...

Mme Erola: Il ne fait aucun doute que dans les pays industrialisés, il y a une contrepartie. Si l'on veut être une société de haute technologie, si l'on veut s'occuper de recherche et de développement, il faut équilibrer ces intérêts. Si le Canada doit faire partie du monde industrialisé, faire partie de l'ordre économique supérieur, il y aura des contreparties.

Dans le cas des pays où il n'y a pas de brevets, c'est-à-dire les pays du Bloc de l'Est, on constate qu'il n'y a ni recherche ni développement, aucun nouveau produit.

M. Karpoff: De toute façon, on ne trouve rien dans les pays du Bloc de l'Est.

Mme Erola: C'est vrai, mais ce qui nous intéresse, c'est un pays comme le Canada qui vise à faire partie du groupe des sept pays à haute technologie. Pour y parvenir, il nous faut faire partie du monde commercial qui respecte les règles. Si nous n'allons pas respecter les règles, nous en subirons les conséquences, soit la diminution de la recherche et du développement dans notre pays. Peut-être paierons-nous moins cher à court terme; à long terme, nous devrons verser

[*Text*]

and development in our country, in reduced medicines available in our country, and in reduced knowledge. I think that is something Canadians would want to consider very carefully.

With regard to the legislation we have before us now, someone who spoke earlier in the presentation talked of it as "carrot and stick" legislation, and it basically is "carrot and stick" legislation. We think there is too much stick and not enough carrot, and we would encourage the government to look at increasing patent protection in order to see an even greater growth in research in this country.

But that is an ideological question. Consumers, I think, are protected. Certainly the Patent Medicines Prices Review Board indicates that consumers are protected with prices well below the CPI, and with our research and development growth well above that which was predicted.

Ms Greene: I wonder if you could respond to the copyright issue. It appears that under the existing copyright legislation creators of literary works and so on seem to have a total stranglehold at the moment. There is no relief there except for the individual use clause which allows a single copy for research purposes and so on—private use.

• 2150

Why is there such a difference between drugs and intellectual property when in fact the intellectual property can produce the drug? They are all interrelated.

Mrs. Erola: I think it is a fundamental question, and I must respond by saying that back in 1983, when I was looking at this question on the other side of the fence, I asked the question: why is it that creators of works of art and people who write books, when we are looking at copyright legislation, are going to be given maximum protection and yet the people who research and develop medicines are singled out and not given the same amount of protection? The position is fundamentally at odds; I quite agree with you.

It just does not make sense, and I think that was really the beginning of the reason why, if Canada was going to bring patent and copyright legislation into modern-day society, the two would have to be done together, that you could not leave the issue of patent protection.

Canada's system is really an anomaly in the developed world, and Bill C-22 was really the first step. I think it was a rather courageous act, I must say, for this government to move forward on, given the domestic opposition. But certainly in terms of making Canada more competitive globally, it was exactly the direction to take.

Mr. Postlewaite: We are not completely there yet, but it was certainly a first step in the right directions.

Ms Greene: But do the restrictions on intellectual property affect your industry?

Mrs. Erola: Yes.

[*Translation*]

un prix beaucoup plus élevé, c'est-à-dire la réduction de la recherche et du développement dans notre pays, la réduction du nombre de médicaments disponibles et la diminution des connaissances. J'estime que cela mérite une soigneuse réflexion de la part des Canadiens.

Quant au projet de loi dont nous sommes saisis, quelqu'un a parlé tout à l'heure de «carotte et de bâton», et c'est essentiellement vrai. Nous estimons qu'on utilise trop le bâton et pas assez la carotte, et nous encourageons le gouvernement à songer à accroître la protection des brevets afin de permettre une croissance encore plus forte de la recherche dans ce pays.

Mais c'est là une question idéologique. Je crois que les consommateurs sont protégés. En tout cas, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés affirme que les consommateurs sont protégés, que l'augmentation des prix est bien inférieure à l'IPC et la croissance de la recherche et du développement bien supérieure aux prévisions.

Mme Greene: Pourriez-vous traiter de la question du droit d'auteur. Il semble qu'aux termes des droits actuels sur les droits d'auteur, les créateurs d'oeuvres littéraires et autres semblent avoir le contrôle complet à l'heure actuelle. Il n'y a aucun adoucissement, si ce n'est la disposition permettant l'utilisation individuelle, une seule copie à des fins de recherche et ainsi de suite—un usage privé.

Pourquoi y a-t-il une telle différence entre les médicaments et la propriété intellectuelle, alors qu'en fait la propriété intellectuelle peut produire le médicament? Tout cela se tient.

Mme Erola: J'estime que c'est là une question fondamentale et je dois répondre en disant qu'en 1983, alors que j'étudiais cette question du point de vue opposé, je me suis demandé pourquoi les créateurs d'oeuvres d'art et les auteurs de livres, reçoivent une protection maximale de la Loi sur le droit d'auteur tandis que ceux qui travaillent à la recherche et au développement de médicaments sont traités à part et ne reçoivent pas la même protection? La position est fondamentalement contradictoire, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Cela n'a aucun sens, et je crois que c'est ce qui commence à expliquer pourquoi, si le Canada devait moderniser ses lois sur les brevets et le droit d'auteur, il devait le faire concurremment, sans laisser de côté la question des brevets.

Le système canadien est vraiment une anomalie dans le monde industrialisé, et le projet de loi C-22 était en fait la première étape. Je dois dire qu'il fallait un certain courage au gouvernement pour aller de l'avant, compte tenu de l'opposition interne. Mais si l'on voulait rendre le Canada plus compétitif à l'échelle planétaire, c'était la bonne orientation à prendre.

M. Postlewaite: Nous ne sommes pas encore complètement parvenus au but, mais c'était certes un pas dans la bonne direction.

Mme Greene: Mais est-ce que les restrictions touchant la propriété intellectuelle ont un effet sur votre industrie?

Mme Erola: Oui.

[*Texte*]

Mr. Postlewaite: Drug development process, or the result of that process, the medicine itself, is a result of the intellectual property. The intellectual property is the knowledge to produce it, which needs to be protected.

A lot of people do not appreciate the purpose of patent protection. They see it as a creation of a monopoly. Well, first of all, it is a creation of only a temporary monopoly, but the purpose of it is to encourage the inventor, who invested in its development, to make it available to the public. They are unlikely to do so if there is no protection afforded them in the marketplace so that they can earn a return on the investment.

The second thing patents are very important for is facilitating the transfer of technology across international borders. If Canada is not in harmony, we have to pay for that technology one way or the other. If we do not participate in the creation of it and thereby in the process create high-technology jobs, we are going to have to buy it from other countries. But you cannot steal it. The world will not let you get away with it.

Mrs. Erola: I think it is especially important to realize that the whole issue of intellectual property is very high on the agenda at the GATT negotiations as well. We feel very strongly that Canada now has an opportunity at GATT to examine its intellectual property laws, and indeed is doing so, and bring them into closer harmony with those developed countries with whom we share a common technology and a common socio-economic status.

Mr. Halliday: Again we are pleased to have the PMAC before us and to welcome back to the familiar surroundings you, Mrs. Erola, who have been here many times in the past too, I am sure.

A number of subject areas interest me, and they will not take long to run through briefly. Both your and your predecessor's presentations tonight made reference to the problem that was debated so often under Bill C-22, about whether the money we were going to spend on research was for clinical research or more fundamental basic, and you are proud to be able to say here that a large percentage of this increase that you have been able to achieve is in the fundamental or basic research. Do you want to elaborate further on that?

I know the CFBS witnesses were not really complaining, they were just alerting us to remember the fact that there was some concern about more of that money going to clinical research rather than to the fundamental.

Mrs. Erola: I will take our first pass at it and then go back to Gordon for a moment to elaborate further on a problem that the CFBS people referred to, and that is the current definition of research and development as defined by the Income Tax Act.

[*Traduction*]

M. Postlewaite: Le processus de mise au point des médicaments, ou le résultat de ce processus, c'est-à-dire le médicament lui-même, est un résultat de la propriété intellectuelle. La propriété intellectuelle est la connaissance nécessaire à la production, et elle doit être protégées.

Beaucoup de gens ne comprennent pas à quoi servent les brevets. Ils y voient la création d'un monopole. Eh bien, tout d'abord, ce n'est qu'un monopole temporaire, mais qui a pour but d'encourager l'inventeur, qui a investi dans la mise au point, à mettre le brevet à la disposition du public. Il est peu probable que l'inventeur le fasse s'il n'est pas protégé dans le marché de façon à obtenir un bon rendement pour son investissement.

En deuxième lieu, les brevets sont très importants pour faciliter le transfert technologique transfrontières. Si le Canada n'avait pas harmonisé ses lois, il nous faudrait payer cette technologie d'une façon ou d'une autre. Si nous ne participons pas à la création de cette technologie, créant par le fait même des emplois de haute technologie, nous devrons l'acheter à d'autres pays. Mais nous ne pouvons la voler. Le monde ne le permettra pas.

Mme Erola: J'etime qu'il est particulièrement important de comprendre que toute la question de la propriété intellectuelle figure en très bonne place à l'ordre du jour des négociations du GATT. Nous sommes convaincus que le Canada a maintenant l'occasion au GATT d'examiner ses lois sur la propriété intellectuelle, ce qu'il fait, et de les harmoniser davantage avec ceux des pays développés avec qui nous partageons une technologie et un statut socio-économique commun.

M. Halliday: Nous sommes encore une fois ravis de recevoir l'ACIM et de vous souhaiter de nouveau la bienvenue dans des lieux qui vous sont familiers, madame Erola, qui êtes venue ici bien des fois dans le passé.

Plusieurs sujets m'intéressent, et je vais les passer en revue rapidement. Votre exposé et celui de vos prédecesseurs de ce soir mentionnent le problème qui a été débattu si souvent à propos du projet de loi C-22, à savoir si les sommes que nous allons consacrer à la recherche seront destinées à la recherche clinique ou à la recherche fondamentale, et vous êtes fières de pouvoir dire ici qu'une forte proportion de l'augmentation que vous avez pu réaliser est destinée à la recherche fondamentale ou à la recherche de base. Voudriez-vous développer ce point?

Je sais que les témoins de la FCSB ne se plaignaient pas vraiment, qu'ils nous rappellaient tout simplement qu'on craint que la recherche clinique ne soit mieux financée que la recherche fondamentale.

Mme Erola: Je donnerai une première réponse puis je passerai la parole à Gordon pour qu'il traite un peu plus longuement d'un problème mentionné par les gens de la FCSB, c'est-à-dire la définition actuelle de la recherche et du développement au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

[*Text*]

• 2155

This is indeed a deterrent in that it inhibits money going directly into basic research. I will have Gordon give you the exact definition in just a moment. But in layman's terms, unless a company can exhibit to the satisfaction of Revenue Canada that the research is related to the business of the company and the flow-through of intellectual property, they have a very difficult time justifying that expenditure.

That very clearly will tell you that if companies. . .and it is not simply people in the pharmaceutical business or medical research but also in other areas, because we have communicated with them. It does make it that much more difficult to flow through funds directly to what we call generic research.

Mr. Postlewaite: May I suggest to you that initially under Bill C-22 there probably was a larger preponderance of investment in clinical research. It is easier to start up more quickly than it is to make decisions and to make connections with extramural researchers outside of your four walls to get involved in very long-term basic research projects.

I guess what we are seeing now in the second report of the PMPRB is that the expansion of the basic is now starting to take place. Those links have been made and so the balance is being restored. But what CFBS said earlier, in the initial years, is quite true. You can start up a clinical research trial and close it down quite quickly. Our members have gained more confidence in the legislation.

Mrs. Erola: It is also very portable.

Mr. Postlewaite: It is very portable, yes. Investment in basic research is by and large a long-term commitment to a research institution, if not within your own research laboratories.

Moving on to the difficulties created by the definition that the Patented Medicine Prices Review Board has chosen to use, they have chosen the definition in the Income Tax Act, as it read in December 1987 for purposes of claiming an income tax credit.

Now, there are a number of criteria that you have to meet in order to claim an income tax credit. One is that the research has to be done at a recognized research institution, recognized in section 37 of the act. That includes universities. But we are finding that some affiliated research institutions, such as Mount Sinai and Sunnybrooke Research Institutes, are not recognized, and we need a certification system parallel to what they do in Quebec to certify their teaching hospitals and research institutions so they are automatically recognized as eligible research institutions.

A lot of funding foundations, such as the Heart and Stroke Foundation and the Kidney Foundation, were operating as charities. Donations to charities do not qualify as funding of eligible scientific research and experimental development even though they are fully engaged in funding eligible research, but they are not a recognized institution because they have a charitable status.

[*Translation*]

Il y a effectivement un effet dissuasif, car cela empêche l'argent d'aller directement à la recherche fondamentale. Gordon vous donnera la définition exacte dans un instant. Mais en termes accessibles aux profanes, à moins qu'une société ne puisse démontrer à la satisfaction de Revenu Canada que la recherche est liée aux affaires de l'entreprise et à l'acheminement de la propriété intellectuelle, elle a du mal à justifier cette dépense.

Vous comprendrez parfaitement que si les entreprises. . . il ne s'agit pas uniquement de la recherche pharmaceutique et médicale, mais aussi d'autres domaines, car nous avons communiqué avec eux. Il est d'autant plus difficile d'acheminer les fonds directement à ce que nous appelons la recherche générique.

M. Postlewaite: Permettez-moi de dire qu'au départ, aux termes du projet de loi C-22, il y avait probablement une forte prépondérance d'investissements en recherche clinique. Cette recherche peut en effet démarrer beaucoup plus rapidement, car il faut du temps pour prendre des décisions et se mettre en contact avec des chercheurs de l'extérieur pour entreprendre des projets de recherche fondamentale à long terme.

Dans le second rapport du CEPMB, nous pouvons constater que l'expansion de la recherche fondamentale commence à se faire. Ces liens ont été établis et on restaure l'équilibre. Mais ce qu'a dit tout à l'heure la FCSB, pour les premières années, est tout à fait vrai. On peut démarrer et terminer un essai de recherche clinique très rapidement. Nos membres ont acquis une plus grande confiance dans la loi.

Mme Erola: C'est aussi transférable.

M. Postlewaite: En effet. L'investissement en recherche fondamentale est en gros un engagement à long terme avec un établissement de recherche, s'il ne s'agit pas de vos propres laboratoires de recherche.

Passons aux difficultés créées par la définition choisie par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, c'est-à-dire la définition de la Loi de l'impôt sur le revenu, selon la version en vigueur en décembre 1987, aux fins de demander un crédit d'impôt sur le revenu.

Il faut se conformer à plusieurs critères pour demander un crédit d'impôt sur le revenu. Le premier est que la recherche doit se faire dans un établissement de recherche reconnu, au sens de l'article 37 de la Loi. Cela comprend les universités. Mais nous constatons que certains établissements affiliés de recherche, comme les instituts de recherche *Mount Sinai* et *Sunnybrooke*, ne sont pas reconnus et il nous faut un système d'accréditation parallèle à celui du Québec pour certifier qu'il s'agit d'hôpitaux d'enseignement et d'établissements de recherche, de sorte qu'ils soient automatiquement reconnus comme des établissements de recherche admissibles.

Bon nombre de fondations, comme la Fondation des maladies du coeur et la Fondation du rein étaient des oeuvres de charité. Les dons aux oeuvres de charité ne sont pas admissibles comme financement de recherches scientifiques et de développement expérimental, même si ces fondations font un type de recherche admissible, car ce ne sont pas des institutions reconnues puisqu'elles ont le statut d'oeuvres de charité.

[*Texte*]

Our own foundation had to create a separate not-for-profit foundation that did not have a registered charity number, and our members found out that all their payments to our old foundation as a charity did not qualify and could not be reported to PMPRB. And of course their important bottom line is that they want to maximize what they can report to the board.

A second test is that it must be an eligible scientific research and experimental development project; that is, it must have a status hypothesis. You must demonstrate a scientific analytical procedure leading to a proposed conclusion, and this all has to be written up and filed annually to Revenue Canada. You could imagine what our foundation goes through with 110 researchers this year, each doing a separate research project.

What does not qualify under that is giving a grant to a university to create a chair in pharmacology or toxicology or whatever to teach researchers. You cannot fund teaching per se; it has to be a research project by this narrow definition.

It must be related to the business of the taxpayer. In the foundation's case, the taxpayers are PMAC members. When you get into very basic pre-competitive research, we have difficulty explaining to the field personnel of Revenue Canada that it relates to the pharmaceutical business.

I will give you one classic example—funding of the researchers at the Hospital for Sick Children who discovered the defective gene that causes cystic fibrosis. Revenue Canada said to a consortium of members, who funded that research at the institute: what does that have to do with manufacturing pharmaceuticals? Well, if you cannot discover the defective gene, you cannot develop the drug to replace it. That is the difficulty with funding very pre-competitive research.

• 2200

Last, our members or the funder, whether it is an individual company or payments to our foundation, must have exclusive rights to exploit the results of the research, or it does not qualify. In our foundation's case, all 67 members have non-exclusive rights. Then we get into the question of who owns the rights. Do the universities maintain ownership of the intellectual property? Do they then give it out in equal non-exclusive rights to all the funding companies, or the funding company that funded the research for them unless the company has developed a contract? These are a lot of grey areas in the legislation that are just now being ironed out by similar organizations to ours.

Mr. Halliday: I presume, Mr. Chairman, that the problems here arise in the Department of Finance rather than in Revenue Canada.

I do not know whether we have enough information now for our research staff to address this, but certainly if you think you can provide us with more helpful information in this area, we would welcome it.

[*Traduction*]

Notre propre fondation a dû créer une fondation distincte sans but lucratif, qui n'était pas enregistré comme oeuvre de charité, et nos membres ont constaté que tous les paiements qu'ils avaient fait à l'ancienne fondation n'étaient pas admissibles et ne pouvaient faire l'objet d'un rapport au CEPMB. Et bien sûr, ce qui compte c'est qu'il veulent maximiser ce qu'ils peuvent déclarer au conseil.

Le second critère est qu'il doit s'agir d'un projet admissible de recherche scientifique et de développement expérimental; c'est-à-dire qu'il doit y avoir une hypothèse. Il faut faire la preuve d'une procédure analytique scientifique aboutissant à une conclusion proposée, et tout cela doit être rédigé et déclaré chaque année à Revenu Canada. Vous pouvez imaginer les problèmes de notre fondation qui compte cette année 110 chercheurs, chacun s'occupant d'un projet distinct.

Ce qui ne serait pas admissible, ce serait une subvention accordée à une université pour créer une chaire de pharmacologie ou de toxicologie ou d'autre chose, pour former des chercheurs. On ne peut financer l'enseignement comme tel; cette définition étroite exige que ce soit un projet de recherche.

Le projet doit être relié aux affaires du contribuable. Dans le cas de la fondation, les contribuables sont membres de l'ACIM. Dans le cas de la recherche pré-compétitive très fondamentale, nous avons du mal à expliquer aux employés de Revenu Canada qu'il y a un rapport avec le commerce des produits pharmaceutiques.

Voici un exemple classique—le financement des chercheurs de l'Hôpital pour enfants qui ont découvert le gène défectueux qui cause la fibrose kystique. Revenu Canada a demandé à un consortium de nos membres qui finançait cette recherche à l'institut quel était le rapport avec la fabrication des produits pharmaceutiques. Eh bien, si vous ne pouvez découvrir le gène défectueux, vous ne pouvez mettre au point un médicament pour le remplacer. C'est là la difficulté que comporte le financement d'une recherche pré-compétitive.

Enfin, nos membres ou le bailleur de fonds, qu'il s'agisse d'une société ou des versements faits à notre fondation, doivent avoir le droit exclusif d'exploiter les résultats de la recherche, sans quoi elle n'est pas admissible. Dans le cas de notre fondation, les 67 membres ont des droits non exclusifs. Il faut alors déterminer qui possède les droits. Est-ce que les universités conservent la propriété intellectuelle? Est-ce qu'elles donnent des droits non exclusifs égaux à toutes les entreprises qui financent la recherche, ou à l'entreprise unique qui a financé la recherche à moins que l'entreprise n'ait signé un contrat? Les mesures législatives comportent de nombreuses zones grises que des organisations comme la nôtre travaillent actuellement à éclairer.

M. Halliday: Je suppose, monsieur le président, que les problèmes se posent au ministère des Finances plutôt qu'à Revenu Canada.

Je ne sais si nous avons actuellement assez de renseignements pour que notre personnel de recherche puisse entrer en jeu, mais si vous croyez pouvoir nous fournir d'autres renseignements utiles dans ce domaine, nous vous en saurions gré.

[*Text*]

Mrs. Erola: We would be very pleased to. There are very simple remedies for the situation. I appreciate that the old scientific and research tax credit which. . . You smile.

Mr. Halliday: You know about that.

Mrs. Erola: It was far too broad and there had to be a narrowing of the definition in order to protect the taxpayer. But in the case of medical research, there are very easy criteria. For instance, all of our grants with the Medical Research Council are co-funded and go through the peer review process of the Government of Canada. Similar grants can go through the same process with the National Research Council or the NHRDP.

Mr. Halliday: It did not hold true for the SRTC, did it?

Mrs. Erola: No, but we are saying that in this case the screening process, the peer review process, is sufficient to ensure Revenue Canada that they are indeed. In fact, we found it rather amusing that the grants we had co-funded with the government's own research agency, the Medical Research Council, did not qualify for a research grant. It has become a bureaucratic nightmare, and we are doing our best to work with some of our people in the research community to see if we cannot get some sanity into this situation.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, if our research people do not have full grasp of this, maybe they can contact Mrs. Erola and her group.

Mrs. Erola: Yes, we would be very happy to help.

Mr. Halliday: The other point in your presentation that kind of alarmed me was the figures you gave regarding the time it takes for approvals now for new drugs. It is up to almost three years. Can you elaborate on that? Is that because there are so many more new drugs, or because you are understaffed? What is the problem? How long should it take, ideally? What would be a normal length of time that you might expect it to take?

Mrs. Erola: What is normal is 180 days. It used to be 120 days back when the system was working well. To answer the question, no, there are not that many new drugs out there. I think there is a multiplicity of reasons for it. I think budget cut-backs at Health and Welfare Canada some time back had some effect. We know that some of those budgets have been restored as a result of a special commission, called the Stein commission, that looked into some of the problems, and the recommendations of the Stein commission were put into effect, or were presumed to be put into effect, some three years ago. But the fact is that we are not seeing an increase in productivity in that department.

Mr. Postlewaite: We fully endorsed the recommendations of the Stein report, and the commission was very thorough in identifying the underlying problems. Some of them were structural and some of them were budgetary. Keep in mind also that medicines, particularly in the biotechnology age, are becoming much more complex. Regulatory officials are much more reluctant to approve them until they are absolutely certain they have full knowledge about them. But the proof of the

[*Translation*]

Mme Erola: Bien volontiers. Il y a des recours très simples. Je comprends que l'ancien crédit d'impôt pour la recherche scientifique qui. . . vous souriez. . .

M. Halliday: Vous en savez quelque chose.

Mme Erola: Ce crédit était beaucoup trop large et il a fallu préciser la définition pour protéger le contribuable. Mais dans le cas de la recherche médicale, les critères sont très faciles à trouver. Par exemple, toutes nos subventions avec le Conseil de recherches médicales sont co-financées et subissent l'évaluation par les pairs du gouvernement du Canada. Les subventions semblables peuvent subir le même traitement avec le Conseil national de recherches ou le PNRDS.

M. Halliday: Ce n'était pas le cas pour le CIRS, n'est-ce pas?

Mme Erola: Non, mais nous disons que dans ce cas le mécanisme de tri, l'évaluation par les pairs, suffit pour convaincre Revenu Canada que c'est bien le cas. En fait, nous avons trouvé plutôt amusant que les subventions que nous avions co-financées avec le propre organisme de recherches du gouvernement, le Conseil de recherches médicales, n'étaient pas admissibles à titre de subventions de recherches. C'est devenu un cauchemar bureaucratique, et nous faisons de notre mieux pour travailler avec certains de nos chercheurs pour voir si nous pouvons ramener un peu d'équilibre.

M. Halliday: Monsieur le président, si nos chercheurs ont des questions, peut-être voudront-ils communiquer avec M^me^ Erola et son groupe.

Mme Erola: Oui, il nous ferait plaisir de nous rendre utiles.

M. Halliday: L'autre élément de votre exposé qui m'a un peu inquiété, ce sont les chiffres que vous avez donnés quant aux délais pour l'approbation de nouveaux médicaments. Ces délais atteignent presque trois ans. Pourriez-vous développer ce point? Est-ce parce qu'il y a tant de nouveaux médicaments ou parce que vous manquez de ressources humaines? Quel est le problème? Idéalement, combien de temps faudrait-il? Qu'est-ce qui constituerait selon vous un délai normal?

Mme Erola: Le délai normal est de 180 jours. Il était de 120 jours à l'époque où le système fonctionnait bien. Pour répondre à la question, non, il n'y a pas tant de nouveaux médicaments, et cela pour de nombreuses raisons. Je crois que les coupures budgétaires qui ont eu lieu à Santé et Bien-être Canada il y a quelque temps ont eu un effet. Nous savons que certains de ces budgets ont été restaurés depuis qu'une commission spéciale, la Commission Stein, a examiné certains des problèmes et que ses recommandations ont été appliquées, ou qu'on présume qu'elles ont été appliquées, il y a quelque trois ans. Mais en fait, nous ne constatons aucune augmentation de la productivité de ce ministère.

M. Postlewaite: Nous avons endossé sans réserve les recommandations du rapport Stein et la commission a fait un travail minutieux pour dégager les problèmes sous-jacents. Certains de ces problèmes étaient structuraux, d'autres budgétaires. Il ne faut pas oublier non plus que les médicaments, particulièrement à l'ère de la biotechnologie, deviennent de plus en plus complexes. Les fonctionnaires hésitent beaucoup plus à les approuver tant qu'ils ne sont pas

[*Texte*]

pudding is when you look at the number of drugs caught up in the backlog of submissions awaiting review and consider that 70% of them are available already in the—

Mrs. Erola: In other countries.

Mr. Postlewaite: —United States, the United Kingdom, France or Germany, other countries that have very adequate safety-net systems—

Mrs. Erola: Similar systems.

Mr. Postlewaite: —similar standards of safety. Canada has a relative problem in this area. It does serve as a disincentive for R and D in Canada. For example, you can submit your pre-clinical drug submission before you can start your clinical trials in humans. While it is sitting there in the backlog waiting to be reviewed, you can commence your clinical research in another country because it has already gone through the process, so why duplicate it in Canada? We are missing opportunities for research here in Canada.

• 2205

Mrs. Erola: If you would like to look at some of the formal recommendations—we do not have time to go into them tonight—there are a number of government documents such as the Stein commission and also the Auditor General's report back in 1988 that took a very sharp look at this. They have the statistics to show that it is a problem.

We are doing an internal survey at the moment, which should be ready in about two months time, just to make sure our data are up to date. We will have final figures on just how long it is taking and what the comparisons are for Canada vis-à-vis other countries. At the same time, I think it should be said that the Health Protection Branch is making some valiant efforts to remedy this situation, but in actual point of fact we are not seeing any concrete results.

Mr. Halliday: I think the committee would want to pursue this, Mr. Chairman, if I could suggest that. You alluded to my interest in research and the need to get more funding for it. We have this interesting mechanism through your foundation awards, jointly with MRC and yourselves. To what extent is that adequate to meet today's needs for research in the health sciences here in Canada? Through that award program are you supplying 10% of our needs or 50%? Just where do we stand? Do you see this being increased?

Mr. Postlewaite: Are you defining our needs in terms of just health science research—

Mr. Halliday: Not necessarily.

Mr. Postlewaite: —or related to just the pharmaceutical?

Mr. Halliday: I am just interested in knowing what your views are on this. Is this a big deal that you have going? It is a start, I realize—

Mr. Postlewaite: It is a start.

[*Traduction*]

absolument certains de les connaître à fond. Mais la preuve de ce que nous avançons, c'est le nombre de médicaments qui constitue l'arriéré attendant l'examen, et le fait que 70 p. 100 d'entre eux sont déjà disponibles...

Mme Erola: Dans d'autres pays.

M. Postlewaite: ...aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en France ou en Allemagne, dans d'autres pays qui ont des filets de sécurité tout à fait suffisants...

Mme Erola: Des systèmes semblables.

M. Postlewaite: ...des normes semblables de sécurité. Le Canada a un problème relatif dans ce domaine qui décourage la recherche et le développement. Par exemple, vous pouvez présenter votre documentation pré-clinique avant de commencer les essais cliniques sur des êtres humains. Pendant que votre demande attend l'examen, dans l'arrieré, vous pouvez entreprendre vos recherches cliniques dans un autre pays, parce que le processus a déjà eu lieu; alors pourquoi tout recommencer au Canada? Nous perdons des occasions de recherche au Canada.

Mme Erola: Si vous voulez examiner certaines des recommandations officielles, nous n'avons pas le temps d'en traiter ce soir, il y a un certain nombre de documents gouvernementaux, comme la Commission Stein et aussi le rapport du vérificateur général de 1988 qui se sont penchés sur ce problème. On y trouve les statistiques qui démontrent qu'il s'agit bien d'un problème.

Nous procédons actuellement à une enquête interne, qui devrait être prête dans environ deux mois, pour nous assurer que nos données sont à jour. Nous aurons les chiffres définitifs sur la durée des délais et des comparaisons entre le Canada et les autres pays. En même temps, j'estime qu'il faut dire que la Direction générale de la protection de la santé travaille courageusement à redresser la situation, mais au concret, nous ne voyons aucun résultat.

M. Halliday: Je crois que le Comité devrait donner suite à cela, monsieur le président, si je peux me permettre de le suggérer. Vous avez parlé de mon intérêt pour la recherche et de la nécessité d'accroître le financement. Les subventions de votre fondation, conjointement avec le CRM, constituent un mécanisme intéressant. Dans quelle mesure suffit-il à répondre aux besoins actuels de recherche en sciences de la santé au Canada? Est-ce que ce programme de subvention répond à 10 p. 100 de nos besoins ou à 50 p. 100? Où en sommes-nous? Faudrait-il une augmentation?

M. Postlewaite: Définissez-vous nos besoins uniquement en fonction de la recherche en sciences de la santé...

M. Halliday: Pas nécessairement.

M. Postlewaite: ...ou uniquement en fonction de la recherche pharmaceutique?

M. Halliday: Ce qui m'intéresse surtout, c'est d'entendre votre avis à ce sujet. S'agit-il d'une grosse affaire? C'est un début, je le comprends...

M. Postlewaite: C'est un début.

[*Text*]

Mr. Halliday: —but how much more do we have to do in terms of dollars, 10 times what you are doing now or 20 times?

Mr. Postlewaite: We have just embarked. We are only a couple of years into the program.

Mrs. Erola: Two years.

Mr. Postlewaite: Linking up with MRC enabled us to double in one year the number of awards we gave. Now we are about up to 122 awards per year. These are five-year awards. They are building upon each other so that we are going to be looking at funding about 500 researchers, 3 years down the road. I think that is a significant impact. I can tell you that there is no health science faculty in Canada that has less than two awards from our foundation already. Some of them have a maximum of 10. That is going to expand exponentially.

Mrs. Erola: Is it enough?

Mr. Postlewaite: Is it going to meet the needs? I think we have a more fundamental need. We have to interest students in pursuing careers in the sciences to begin with.

Mrs. Erola: The thrust of the Health Research Foundation, Dr. Halliday, was to inject money into an area that was really not addressed by the Medical Research Council. The Medical Research Council, with its limited budget, must by the very nature of expediency fund established researchers and people who are already well on their way. We spent a lot of time criss-crossing the country, talking to academia in the research community and asking where was the greatest need. They said the greatest need is for that first-time grant to get that researcher into the system and get that research up. This is why we have concentrated in this area. Is it enough? Of course it is not enough.

Mr. Halliday: If MRC were to double their contribution, would the industry double theirs too?

Mr. Postlewaite: Yes. The way the system works is actually in the reverse of that. For every dollar that industry can come up, MRC is able to expand its base budget to match it, up to a certain cap.

Mr. Halliday: So there is a cap that inhibits you from putting more in?

Mr. Postlewaite: Yes, but the more dollars that industry comes up with, the more MRC is able to come up with.

Mr. Halliday: But there is a cap on it.

Mrs. Erola: Yes.

Mr. Halliday: Have you reached that cap now?

Mr. Postlewaite: In any given year you get pretty close to it. It starts to get dicey. I can tell you they do not fund as many meritorious applications as they have received.

Mr. Halliday: We have been hearing a little bit about these so-called smart cards. Does the PMAC have any observations to make on the use of smart cards?

[*Translation*]

M. Halliday: . . .mais combien d'argent de plus faut-il y consacrer, 10 fois ce que nous faisons maintenant ou 20 fois?

M. Postlewaite: Nous venons tout juste de commencer. Le programme n'a qu'un an ou deux.

Mme Erola: Deux ans.

M. Postlewaite: Notre association avec le CRNM nous a permis de doubler en un an le nombre de subventions. Nous atteignons maintenant 122 subventions par année. Elles portent sur cinq ans. Elles vont s'imbriquer les unes dans les autres, de sorte que nous financerons environ 500 chercheurs dans trois ans. Je crois que cela peut avoir un effet important. Je peux vous dire qu'il n'existe au Canada aucune faculté des sciences de la santé qui ne reçoive déjà moins de deux subventions de notre fondation. Certaines d'entre elles ont un maximum de 10. Il y aura une augmentation exponentielle.

Mme Erola: Est-ce que cela suffit?

M. Postlewaite: Est-ce que cela permettra de répondre aux besoins? J'estime que nous avons un besoin plus fondamental. Il nous faut tout d'abord intéresser les étudiants à des carrières scientifiques.

Mme Erola: Le but premier de la Fondation pour la recherche en sciences de la santé, monsieur Halliday, était d'injecter des fonds dans un domaine dont ne s'occupait pas vraiment le Conseil de recherches médicales. Ce conseil, compte tenu de son budget restreint, doit pour des raisons pratiques financer des chercheurs établis, des gens qui sont déjà bien en route. Nous avons consacré beaucoup de temps à parcourir le pays dans tous les sens, à parler aux chercheurs universitaires pour leur demander où se trouvait le plus grand besoin. Ils ont dit que le plus grand besoin est la première subvention qui permet au chercheur d'entrer dans le système et de démarrer la recherche. C'est pourquoi nous nous sommes concentrés sur ce domaine. Est-ce que cela suffit? Bien sûr que non.

M. Halliday: Si le CRM doublait sa contribution, est-ce que l'industrie ferait de même?

M. Postlewaite: Oui. En fait, le système fonctionne en sens contraire. Pour chaque dollar que l'industrie peut fournir, le CRM peut accroître son budget de base d'autant, jusqu'à un certain plafond.

M. Halliday: Il y a donc un plafond qui vous empêche d'y consacrer plus d'argent?

M. Postlewaite: Oui, mais plus l'industrie fournit de fonds, plus le CRM peut en trouver.

M. Halliday: Mais il y a un plafond.

Mme Erola: Oui.

M. Halliday: Avez-vous atteint ce plafond?

M. Postlewaite: Chaque année, on s'en approche beaucoup. Cela devient délicat. Je peux vous dire qu'ils ne financent pas toutes les demandes méritantes qu'ils reçoivent.

M. Halliday: On nous a parlé un peu des cartes à puces. Est-ce que l'ACIM a des remarques à faire à ce sujet?

[*Texte*]

Mrs. Erola: We endorse them. We endorse the smart card. However, we recognize that there is some degree of difficulty in maintaining the confidentiality. I am one of those—and I speak for myself—who believe that this a bit of a red herring.

• 2210

I think that in most cases the smart card and confidentiality can be protected to a degree. The problem is that many people do not wish the diagnosis of their condition to appear and to be made available to other people in the health care systems by whom that smart card may be used. But I think that could be overcome as well. Basically we endorse it, and I understand that a pilot project is now beginning in Quebec on the smart card system. It also inhibits abuse to a degree.

Mr. Postlewaite: Both within the professions and by patients.

Mrs. Erola: By the users.

Mr. Postlewaite: Essentially the smart card is just an electronic mechanism for doing what already exists in Saskatachewan, for example, where they can link their MSI data base with every prescription written in the province under a universal drug program. All this does is do it electronically. The problem is how you connect the information together and exclude names and use it for statistical overview.

Mrs. Erola: As I have said.

Mr. Halliday: We have been hearing quite a bit of testimony about how naughty doctors are and how negligent we are in so often overmedicating elderly people. As you have alluded to in your brief here, the numbers of elderly are increasing, obviously, so presumably this problem is going to increase.

Are you people able to do any educating of physicians? I know it is not in your interests in selling drugs. This is why I am challenging you with this.

Mrs. Erola: Oh, but it is.

Mr. Halliday: Maybe. That is why I want your comments on that. What are you doing to help doctors overcome this problem of overmedicating, which apparently is a valid complaint?

Mrs. Erola: I think, Dr. Halliday, you have recognized that the practice of medicine is a self-regulating discipline, and it would certainly be presumptuous of the industry to work in that area. What we feel is that there must be responsible use of medications and that our role is in educating the consumer at this point. It is not to the advantage of any one of our member companies to have a product abused, whether underused or overused.

When we launched the safety awareness program with seniors, I was on a platform with a number of physicians who deal with the elderly. They remarked that the issue of underuse, undercompliance, was as big a problem to the

[*Traduction*]

Mme Erola: Nous sommes en faveur. Nous sommes en faveur de la carte à puces. Toutefois, nous reconnaissons qu'il y a une certaine difficulté à conserver la confidentialité. Je suis de ceux—et je parle à titre personnel—qui estiment que c'est là plus ou moins une fausse piste.

J'estime que dans la plupart des cas, on peut protéger dans une certaine mesure la carte à puces et la confidentialité. Le problème c'est que beaucoup de gens ne désirent pas que le diagnostic de leur état y figure et soit à la disposition des autres membres du système des soins de santé qui pourraient utiliser la carte à puces. Mais je crois qu'on pourrait aussi surmonter cet obstacle. Essentiellement, nous sommes en faveur, et je crois savoir qu'un projet pilote de cartes à puces est maintenant en cours au Québec. Cela restreint également les abus dans une certaine mesure.

M. Postlewaite: Tant de la part des professionnels de la santé que de la part des malades.

Mme Erola: De la part des utilisateurs.

M. Postlewaite: Au fond, la carte à puces est tout simplement un mécanisme électronique qui permet de faire ce qui se fait déjà en Saskatchewan, par exemple, où la base de données de l'assurance santé peut être liée à toutes les ordonnances rédigées dans la province en vertu d'un programme universel de médicaments. La seule différence, c'est que la carte à puces est électronique. Le problème est de savoir comment relier toute cette information en excluant les noms à des fins statistiques.

Mme Erola: Comme je l'ai dit.

M. Halliday: On nous a dit beaucoup de mal des médecins et de la négligence dont ils font souvent preuve en donnant trop de médicaments aux personnes âgées. Comme vous le dites dans votre mémoire, le nombre des personnes âgées augmente, de sorte que ce problème va vraisemblablement empirer.

Êtes-vous en mesure de faire l'éducation des médecins? Je sais que c'est contraire à vos intérêts, qui sont de vendre des médicaments. C'est pourquoi je vous mets au défi.

Mme Erola: Mais au contraire.

M. Halliday: Peut-être. C'est pourquoi je veux savoir ce que vous avez à dire là-dessus. Que faites-vous pour aider les médecins à surmonter ce problème de surmédication, qui est apparemment réel?

Mme Erola: Je crois, monsieur Halliday, que vous avez reconnu que la pratique de la médecine est une discipline autoréglementée, et il serait certes présomptueux de la part de l'industrie de travailler dans ce domaine. Nous estimons toutefois que les médicaments doivent être utilisés de façon responsable et que notre rôle est d'éduquer le consommateur à cet égard. Il n'est pas à l'avantage de l'une ou l'autre de nos sociétés membres qu'un produit soit trop ou trop peu utilisé.

Lorsque nous avons lancé notre programme de sensibilisation à la sécurité auprès des aînés, je me suis trouvé sur une estrade avec un certain nombre de médecins qui s'occupent de personnes âgées. Ils ont souligné que la

[*Text*]

physician practising with seniors as overuse, and that many seniors who, for instance, require a medication to maintain a stable condition in terms of hypertension or heart condition will suddenly say one day, I feel good today and I am not going to take my medication today. It was difficult for physicians to impress upon them at all times that this medication was absolutely essential.

A number of studies have been done, many of them, I fear, far too anecdotal. What we need are some really solid studies to show us just what the real problem is. I saw one recently that I thought was quite good. They said that the problem in many cases is the senior who will be on prescription medicine but then will use over-the-counter products, non-prescription drugs, indiscriminately without informing the physician or the pharmacist, and it is this reaction that often creates problems.

Mr. Halliday: Maybe you might consider funding one of those necessary research projects.

Mrs. Erola: Yes.

Mr. Postlewaite: I am afraid that it is not eligible SRED, according to Revenue Canada's definition.

Mrs. Erola: That brings up another problem. I am one of those who believe that as we go into the delivery of health care systems and we look at some of the problems that exist in the health care system, funding behavioural problems such as the use of medications should qualify for some funding as well.

Mr. Postlewaite: It is specifically excluded now.

Mrs. Erola: It is excluded now.

The Chairman: You mentioned in your submission that prescription drugs account for approximately 6% of health care expenditures and, I think, 3.2% after dispensing fees are removed. Is that static? Is it growing, or is it the cost of health care in general that is going up? In relationship to total costs, what is happening to that 3.2%? Where was it a few years ago? Where do you see it going in the near future?

Mrs. Erola: Actually, it has been relatively static.

Mr. Postlewaite: Or "constant" is the word. As a percentage it was relatively constant.

Mrs. Erola: Static, yes.

Mr. Postlewaite: It varies from province to province, because each has different reimbursement schemes involving the pharmacist and the price they will pay that manufacturer—

Mrs. Erola: And coverage.

Mr. Postlewaite: And coverage as well. In some provinces the prescription drug or prescribed drug component of their health care system has been observed to have been the fastest growing, but you have to be very careful there that you do not immediately assume that it is the manufacturer's selling price that is the fastest growing. I am a pharmacist and I understand these things. We have seen examples. It depends on the annual negotiations between organized

[*Translation*]

sous-utilisation était un problème aussi important pour eux que la surutilisation et que de nombreux aînés qui, par exemple, ont besoin d'un médicament pour stabiliser leur tension ou leur coeur, décident tout à coup de ne pas prendre leurs médicament ce jour-là parce qu'ils se sentent bien. Il est difficile pour les médecins de leur faire comprendre que ce médicament leur est absolument essentiel.

Bon nombre d'études ont été réalisées mais hélas, bon nombre d'entre elles sont trop anecdotiques. Ce qu'il nous faut, ce sont des études vraiment solides pour démontrer exactement la nature du véritable problème. J'en ai vu une dernièrement qui me semblait très bonne. On disait que le problème est souvent que l'aîné qui prend un médicament d'ordonnance utilise des produits en vente libre, qui ne font pas l'objet d'une ordonnance, à tort et à travers sans en informer leur médecin ou leur pharmacien, et que c'est cette réaction qui est souvent la source de problèmes.

M. Halliday: Vous pourriez peut être songer à financer un de ces projets de recherche nécessaires.

Mme Erola: Oui.

M. Postlewaite: Je crains que ce ne soit pas la recherche scientifique ou du développement expérimental selon la définition de Revenu Canada.

Mme Erola: Cela soulève un autre problème. Je suis de ceux qui croient qu'au chapitre des systèmes de prestation de soins de santé et des problèmes qui existent dans le réseau médical, l'étude de problèmes de comportement comme l'utilisation des médicaments devraient aussi être admissibles au financement.

M. Postlewaite: Ce genre de recherche est expressément exclu à l'heure actuelle.

Mme Erola: Il est exclu à l'heure actuelle.

Le président: Vous dites dans votre mémoire que les médicaments d'ordonnance rendent compte d'environ 6 p. 100 des dépenses de santé et, je crois, de 3,2 p. 100 après soustraction des honoraires. Ce chiffre est-il statique? Est-il en augmentation, ou est-ce le coût des soins de santé en général qui augmente? Par rapport à l'ensemble des coûts, quelle est l'évolution de ces 3,2 p. 100? Quel était le chiffre il y a quelques années? Selon vous, quel sera-t-il dans un proche avenir?

Mme Erola: En fait, il est assez statique.

M. Postlewaite: Je crois que «constant» serait le terme juste. Le pourcentage est relativement constant.

Mme Erola: Statique, oui.

M. Postlewaite: Il varie d'une province à l'autre, parce chacune a un régime de remboursement différent impliquant le pharmacien et le prix qui est versé au fabricant. . .

Mme Erola: Et la couverture.

M. Postlewaite: Et la couverture également. Dans certaines provinces, les médicaments d'ordonnance ou la composante du système des soins de santé que constituent les médicaments prescrits présentent la croissance la plus rapide, mais il faut prendre bien garde de ne pas supposer aussitôt que c'est le prix de vente du fabricant qui croît à ce rythme. Je suis pharmacien et je comprends cela. Nous avons vu des exemples. Les honoraires sont fixés par des négociations

[*Texte*]

pharmacies and the government as to what their fee will be. If their fee goes up 7%, that does not say manufacturers' selling prices have gone up 7%. There is a lot of this jockeying and it varies from province to province. By and large, it remains at around that 6% figure.

• 2215

Mrs. Erola: The growth is very much due to the fact that we are looking at an aging population, and we are seeing growing numbers of seniors enrolled in the programs. For instance, in Ontario the Lowy commission now recommends that the working poor, some 700,000 in the province of Ontario, be enrolled in the program, which again would cause an enormous growth in the cost of the program. It is basically a question of numbers, the growth of those enrolled.

Mr. Postlewaite: Mr. Chairman, I would make an additional comment in response to your question, and that is to draw a distinction between costs and prices. There are a number of factors driving up health care costs, to the genuine concern of the provinces, and that is per capita utilization as our society ages. It does not say overutilization, either. It is natural for seniors to use more prescription medications.

Mrs. Erola: They are sicker.

Mr. Postlewaite: When you say they represent 11% of the population but they take 40% of prescription medications and then say that is evidence of overuse, is it true in reverse to say that people between the ages of 20 and 55 represent 70% of the population but only take 10% and therefore that is underutilization? It is false logic.

Mrs. Erola: I would like to go on record as saying that the seniors of this country are getting a little tired of being told they are abusing the system. Generally speaking, we are an aging population and we are living longer. We are seeing more people now in their 70s and late 80s, at which point they require, generally speaking, much more care, particularly in the area of chronic diseases. They will require constant medication.

Mr. Postlewaite: Very often this medication is helping them maintain their independence, which is so important, and keeping them out of expensive institutions and at home. It is very important to our seniors that they maintain this independence.

The Chairman: I think one of our witnesses last night, in talking about an aging population, said that instead of looking at it perhaps in the negative terms we do, we should take some pride in the fact that Canadians are living longer and are healthier.

Mrs. Erola: Exactly. In that vein, we have published a book that last year was part of our 75th anniversary celebrations, *On Being 75: An Aging Society*, and I recommend it. It is pretty good reading. We have some top Canadians talking about our aging population and what we can expect.

The Chairman: I was interested in your comments on intellectual property and the GATT, and I guess there is a similarity that members here have gone through just within the last year with plant breeders' rights. It is something that I

[*Traduction*]

annuelles entre les pharmacies organisées et le gouvernement. Si les honoraires augmentent de 7 p. 100, cela ne signifie pas que le prix de vente des fabricants a augmenté de 7 p. 100. Il y a beaucoup de ces choses là, et cela varie d'une province à l'autre. Mais en gros, le chiffre de 6 p. 100 est assez constant.

Mme Erola: L'augmentation est due dans une très large mesure au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre des aînés inscrits dans les programmes. Par exemple, en Ontario, la Commission Lowy recommande maintenant que les petits salariés, qui sont quelque 700,000 dans la province de l'Ontario, soient inscrits au programme, ce qui entraînerait une hausse énorme des coûts du programme. Il s'agit essentiellement d'une question de nombre, de la croissance du nombre des inscrits.

M. Postlewaite: Monsieur le président, j'ai une autre remarque à faire en réponse à votre question, sur la distinction entre les coûts et les prix. Plusieurs facteurs font monter les coûts des soins de santé, ce qui inquiète véritablement les provinces, et notamment l'utilisation par habitant à mesure que la société vieillit. Il ne s'agit pas de surutilisation non plus. Il est naturel que les aînés utilisent davantage de médicaments d'ordonnance.

Mme Erola: Ils sont plus malades.

M. Postlewaite: Lorsqu'on dit qu'ils représentent 11 p. 100 de la population mais prennent 40 p. 100 des médicaments d'ordonnance et qu'on en conclut qu'il s'agit d'une preuve de surutilisation, serait-il vrai de dire que les personnes de 20 à 55 ans représentent 70 p. 100 de la population mais ne prennent que 10 p. 100 des médicaments et que c'est là une preuve de sous-utilisation? C'est une logique erronée.

Mme Erola: Je tiens à dire officiellement que les aînés de ce pays commencent à se fatiguer de s'entendre dire qu'ils abusent du système. En général, nous sommes une population vieillissante et nous vivons plus longtemps. Nous voyons maintenant plus de septuagénaires et d'octogénaires avancés qui ont en général besoin de plus de soins, particulièrement en ce qui concerne les maladies chroniques. Ils ont besoin d'une médication constante.

M. Postlewaite: Souvent ces médicaments les aident à conserver leur autonomie, qui est si importante, et rester chez-eux plutôt que dans des établissements coûteux. Il est très important pour nos aînés de conserver cette autonomie.

Le président: L'un de nos témoins d'hier soir, parlant du vieillissement de la population, a déclaré qu'au lieu de considérer ce fait comme quelque chose de négatif, nous devrions être fiers de ce que les Canadiens vivent plus longtemps et sont en meilleure santé.

Mme Erola: C'est juste. Dans le même sens, nous avons publié un ouvrage l'an dernier dans le cadre de nos fêtes de 75ième anniversaire, sous le titre *On Being 75: An Aging Society* et je le recommande fortement. C'est une lecture très intéressante. Des Canadiens éminents parlent du vieillissement de la population et ce à quoi nous pouvons nous attendre.

Le président: Je me suis intéressé à ce que vous avez dit de la propriété intellectuelle et du GATT et il y a une ressemblance avec ce que les membres du comité ont connu au cours de l'année dernière à propos des obtentions

[*Text*]

think governments have attempted four times since 1968 to develop. Canada, again one of the most highly developed nations, was dragged kicking and screaming into developing something. Our own researchers in Canada, most of whom are in either research facilities or universities, were seeing things that were developed here but had to be registered outside of the country. I guess we are starting to take our place in the changing society.

I am often surprised at the opposition and some of the areas it comes from. In this case, a lot of the church groups were violently opposed to plant breeders' rights, I think, Bruce, as you are aware. It seemed kind of odd at the time.

Mrs. Erola: I do not think the issue of intellectual property is well understood, and I do not think Canadians, in terms of a general culture, have understood it. When we began to examine this issue many years ago, it was very clear to me that countries such as France—indeed, that is carried through in Quebec—have a much higher regard for intellectual property. It has been part of the culture. The whole issue of using patents as an instrument of technology is something that the Japanese learned very early and they now have instituted very strict intellectual property rights. I think we must educate Canadians to a much larger degree than we have on how intellectual property rights are part of a highly developed economy.

• 2220

The Chairman: Thank you very much. I am sure you realize that a number of our members were unable to be here tonight, for a variety of reasons. I know they would certainly have been most interested in your presentation, as all of us were.

Mrs. Erola and Mr. Postlewaite, I sincerely thank you for the presentation and for providing us with the copy of your brief. I think it has been indicated that if there is additional information that can be provided to the committee to help us with the study we are undertaking at the present time, we would be most appreciative of that.

Mrs. Erola: Thank you very much. It has been a privilege.

Mr. Postlewaite: Thank you.

Ms Greene: I am wondering if we could ask our research staff to look also at the issue regarding Bill C-69, which was raised by Dr. Rachlis. Perhaps they could consult with the Department of Finance and get us a memo on that whole issue. We would like to know what the argument is and what the Finance Department's answer is.

The Chairman: I declare the meeting adjourned.

[*Translation*]

végétales. Je crois que les gouvernements ont tenté de réaliser cela quatre fois depuis 1968. Le Canada, qui est toujours un des pays les plus industrialisés, a été forcé à son corps défendant de développer quelque chose. Nos propres chercheurs canadiens, qui sont pour la plupart dans des établissements de recherche ou dans des universités, se voyaient dans l'obligation d'enregistrer à l'extérieur du pays des choses mises au point ici. Nous commençons à prendre notre place dans une société en évolution.

Je m'étonne souvent de l'opposition et des endroits d'où elle provient. Dans ce cas, bon nombre d'associations religieuses s'opposaient violemment à cette question des obtentions végétales, Bruce, vous le savez bien. Cela m'a semblé étrange.

Mme Erola: Je ne crois pas que la question de la propriété intellectuelle soit bien comprise, je ne crois pas que les Canadiens, la culture canadienne en général, l'ait comprise. Lorsque nous avons commencé à étudier cette question il y a plusieurs années, il était manifeste pour moi que des pays comme la France—et cela existe aussi au Québec—ont une bien meilleure opinion de la propriété intellectuelle. Cela fait partie de la culture. L'utilisation des brevets comme instrument de technologie est quelque chose que les Japonais ont appris très tôt et ils ont maintenant établi des règles très strictes en matière de propriété intellectuelle. Je crois qu'il nous faut éduquer beaucoup plus les Canadiens sur le rôle de la propriété intellectuelle dans une économie fortement développée.

Le président: Merci beaucoup. Je suis certain que vous comprendrez que beaucoup de nos membres ne pouvaient être présents ce soir, pour diverses raisons. Je sais qu'ils se seraient certainement intéressés de très près à votre exposé, comme nous tous.

Madame Erola et monsieur Postlewaite, je vous remercie sincèrement de votre exposé et de nous avoir offert un exemplaire de votre mémoire. Je crois qu'on a dit que si vous pouvez fournir d'autres renseignements au comité pour nous aider dans l'étude que nous entreprenons, nous vous en serions très reconnaissants.

Mme Erola: Merci beaucoup. Ce fut un privilège pour nous.

M. Postlewaite: Merci beaucoup.

Mme Greene: Je me demande si nous pourrions demander à notre service de recherche d'étudier également le problème soulevé par le M. Rachlis à propos du projet de loi C-69. Peut-être pourrait-on consulter le ministère des Finances pour obtenir une note sur toute cette question. Nous voudrions bien savoir quel est l'argument et quelle est la réponse du ministère des Finances.

Le président: La séance est levée.

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid / Port payé
Lettermail / Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESSES

As individuals:

Dr. D.W. Molloy, Director of Memory Clinic, McMaster University;

Rosalie Capretta, Research Coordinator, McMaster University;

Virginia Mepham;

Dr. Michael Rachlis, Health Policy Analyst;

Dr. Thomas Courchene, Director, School of Political Studies, Queen's University.

From the Canadian Federation of Biological Societies:

Dr. Kevin M.W. Keough, President;

Dr. Diane Finegood, Chair, Animal Experimentation Committee.

From the Canadian Council on Animal Care:

Dr. Harry Rowsell, Executive Director.

From the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada:

The Honourable Judith A. Erola, P.C., President;

Gordon Postlewaite, Director of University and Scientific Affairs and Executive Director of the PMAC Health Research Foundation.

TÉMOINS

A titre personnel:

D.W. Molloy, directeur, Clinique Memory, Université McMaster;

Rosalie Capretta, coordonnatrice de recherche, Université McMaster;

Virginia Mepham;

Michael Rachlis, analyste des politiques de la santé;

Thomas Courchene, directeur, Ecole des études politiques, Université Queen's.

De la Fédération canadienne des sociétés de biologie:

Kevin M.W. Keough, président;

Diane Finegood, présidente, Comité sur l'expérimentation animale.

Du Conseil canadien de protection des animaux:

Harry Rowsell, directeur administratif.

De l'Association canadienne de l'industrie du médicament:

L'hon. Judith A. Erola, C.P., présidente;

Gordon Postlewaite, directeur des Affaires universitaires et scientifiques, et directeur administratif de la Fondation pour la recherche en sciences de la santé de l'ACIM.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Government Publications

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 54

Tuesday, February 26, 1991
Tuesday, March 5, 1991
Tuesday, March 12, 1991
Thursday, March 14, 1991
Tuesday, March 19, 1991
Thursday, March 21, 1991
Tuesday, March 26, 1991
Monday, April 8, 1991
Tuesday, April 9, 1991
Thursday, April 11, 1991
Wednesday, May 1st, 1991

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule nº 54

Le mardi 26 février 1991
Le mardi 5 mars 1991
Le mardi 12 mars 1991
Le jeudi 14 mars 1991
Le mardi 19 mars 1991
Le jeudi 21 mars 1991
Le mardi 26 mars 1991
Le lundi 8 avril 1991
Le mardi 9 avril 1991
Le jeudi 11 avril 1991
Le mercredi 1er mai 1991

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to Standing Order 108(2), consideration of the health care system in Canada and its funding

CONCERNANT:

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, étude du régime de soins de santé au Canada et de son financement

LIBRARY
JUN 18 1991
University of Toronto

Second Session of the Thirty-fourth Parliament, 1989-90-91

Deuxième session de la trente-quatrième législature, 1989-1990-1991

35658—1

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice–Chairman:

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN–ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice–président:

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy–Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 26, 1991
(64)

[*Text*]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:05 o'clock a.m. this day, in Room 209 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

After debate, it was agreed,—That the Committee authorize payment of child care expenses for witnesses appearing before the Committee or one of its Sub-Committees and that such expenses be paid from the "Witness expenses" item in the Committee's budget for the fiscal year ending March 31, 1991.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee commenced consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 9:52 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 26 FÉVRIER 1991
(64)

[*Traduction*]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 05, dans la salle 209 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Gabrielle Bertrand, Mary Clancy, John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Brian White.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Après débat, il est convenu,—Que le Comité autorise le paiement de frais de garde à des témoins qui comparaissent devant lui ou devant ses sous-comités, et que ces frais soient imputés au poste «Dépenses de témoins» du budget pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1991.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité commence l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 9 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

TUESDAY, MARCH 5, 1991
(65)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:37 o'clock a.m. this day, in Room 269 West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: David Bjornson for Gabrielle Bertrand; Harry Chadwick for John Cole; Len Gustafson for Nicole Roy-Arcelin; Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall; Beth Phinney for Mary Clancy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

LE MARDI 5 MARS 1991
(65)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 37, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: David Bjornson remplace Gabrielle Bertrand; Harry Chadwick remplace John Cole; Len Gustafson remplace Nicole-Roy Arcelin; Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall; Beth Phinney remplace Mary Clancy.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

It was agreed,—That an official written request be made to the House Leaders to seek the assurance that the Standing Committee will be in a position to pursue its work very early in a new session.

It was agreed,—That the Committee acquire the audio cassettes relating to the 3rd Annual Leadership Conference of the Canadian Medical Association, which was held in Ottawa on March 1st and 2nd, 1991.

At 10:56 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

Il est convenu,—Qu'une demande officielle écrite soit transmise aux leaders parlementaires leur demandant de promettre que le Comité permanent pourra poursuivre ses travaux au tout début de la prochaine session.

Il est convenu,—Que le Comité se procure les cassettes audio de la 3e conférence annuelle Leadership de l'Association médicale canadienne, tenue à Ottawa les 1er et 2 mars.

À 10 h 56, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Marie Louise Paradis

Committee Clerk

Greffière de comité

Marie Louise Paradis

TUESDAY, MARCH 12, 1991
(66)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 3:34 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 5:30 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

LE MARDI 12 MARS 1991
(66)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 15 h 34, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 17 h 30, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

THURSDAY, MARCH 14, 1991
(67)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:40 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

LE JEUDI 14 MARS 1991
(67)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 40, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 11:01 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 11 h 01, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

TUESDAY, MARCH 19, 1991
(68)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:55 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Jim Karpoff for Chris Axworthy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 10:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

LE MARDI 19 MARS 1991
(68)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 55, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 10 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

THURSDAY, MARCH 21, 1991
(69)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:53 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter and Stanley Wilbee.

Acting Members present: Edna Anderson for Gabrielle Bertrand; Clément Couture for Nicole Roy-Arcelin; Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall and Greg Thompson for John Cole.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Chairman presented the Ninth Report of the Sub-Committee on Agenda and Procedure, which reads as follows:

Your Sub-Committee met on Thursday, March 7, 1991 and on Tuesday, March 19, 1991 to consider the Committee's future business and agreed to make the following recommendations:

1. That the following Ministers be invited to appear before the Standing Committee with respect to the 1991-92 Estimates:

LE JEUDI 21 MARS 1991
(69)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 53, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Edna Anderson remplace Gabrielle Bertrand; Clément Couture remplace Nicole Roy-Arcelin; Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall; Greg Thompson remplace John Cole.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le président présente le Neuvième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure dont voici le texte:

Le Sous-comité s'est réuni le jeudi 7 et le mardi 19 mars 1991 pour examiner les travaux du Comité et a convenu de faire les recommandations qui suivent:

1. Que les ministres dont les noms suivent soient invités à témoigner à l'occasion de l'étude du Budget des dépenses 1991-1992:

the Minister of National Health and Welfare;

the Minister of State (Seniors).

2. That the following agencies be invited to appear before the Standing Committee with respect to the 1991–92 Estimates:

the Medical Research Council of Canada;

the National Council of Welfare;

the Federal Centre for AIDS.

3. That the Minister of State (Fitness and Amateur Sport) be invited to appear before the Sub–Committee on Fitness and Amateur Sport with respect to 1991–92 Estimates.

4. That the Minister responsible for the Status of Women, Status of Women Canada and the Canadian Advisory Council on the Status of Women be invited to appear before the Sub–Committee on the Status of Women with respect to the 1991–92 Estimates.

5. That the Committee approve the proposed budget of $113,550 for the period of April 1, 1991 to March 31, 1992 and that the Chairman be authorized to present the said budget to the Liaison Committee.

It was agreed,—That the Ninth Report of the Sub–Committee on Agenda and Procedure be concurred in.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 10:59 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

le ministre de la Santé nationale et du Bien–être social;

le ministre d'État (Troisième âge).

2. Que les organismes dont les noms suivent soient invités à témoigner lors de l'étude du Budget des dépenses 1991–1992:

le Conseil de la recherche médicale du Canada;

le Conseil national du bien–être social;

le Centre fédéral sur le SIDA.

3. Que le ministre d'État (Condition physique et Sport amateur) soit invité à témoigner devant le Sous–comité de la condition physique et du sport amateur lors de l'étude du Budget des dépenses 1991–1992.

4. Que le ministre responsable de la condition féminine, de Condition féminine Canada et du Conseil consultatif sur le statut de la femme, soit invité à témoigner devant le Sous–comité de la condition féminine lors de l'étude du Budget des dépenses 1991–1992.

5. Que le Comité adopte le budget de 113 550 $ proposé pour l'exercice du 1er avril 1991 au 31 mars 1992 et que le président le présente au Comité de liaison.

Il est convenu,—Que le Neuvième rapport du Sous–comité du programme et de la procédure soit adopté.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 10 h 59, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

TUESDAY, MARCH 26, 1991
(70)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:37 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Catherine Callbeck for Mary Clancy; Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 11:15 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

LE MARDI 26 MARS 1991
(70)

Le Comité permanent de la santé et du bien–être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 37, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Catherine Callbeck remplace Mary Clancy; Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 11 h 15, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

MONDAY, APRIL 8, 1991
(71)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 4:30 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Jim Karpoff for Chris Axworthy.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance, Research Officer.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 5:03 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

LE LUNDI 8 AVRIL 1991
(71)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 16 h 30, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy.

Aussi présente: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Joan Vance, attachée de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 17 h 03, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

La greffière du Comité

Clairette Bourque

TUESDAY, APRIL 9, 1991
(72)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:37 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Francis LeBlanc for Albina Guarnieri.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance, Research Officer.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 11:10 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Jacques Lahaie

Committee Clerk

LE MARDI 9 AVRIL 1991
(72)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 37, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Francis LeBlanc remplace Albina Guarnieri.

Aussi présente: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Joan Vance, attachée de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 11 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Greffier de comité

Jacques Lahaie

THURSDAY, APRIL 11, 1991
(73)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:41 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Joan Vance, Research Officer.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 11:09 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

LE JEUDI 11 AVRIL 1991
(73)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 41, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présente: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Joan Vance, attachée de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 11 h 09, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

WEDNESDAY, MAY 1st, 1991
(74)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:08 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its consideration of the health care system in Canada and its funding.

The Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 12:02 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 1:35 o'clock p.m., the sitting resumed.

At 5:05 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 7:10 o'clock p.m., the sitting resumed.

At 9:04 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

LE MERCREDI 1er MAI 1991
(74)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 08, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement*: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En conformité du paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité poursuit l'étude du fonctionnement du régime de soins de santé au Canada et de son mode de financement.

Le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada.

À 12 h 02, la séance est suspendue.

À 13 h 35, la séance reprend.

À 17 h 05, la séance est suspendue.

À 19 h 10, la séance reprend.

À 21 h 04, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

La greffière du Comité

Clairette Bourque

MAIL POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid | Port payé

Lettermail | **Poste-lettre**

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Government
Publications

CANADA

INDEX

STANDING COMMITTEE ON

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

LIBRARY
University of Toronto

HOUSE OF COMMONS

Issues 1–54 • 1989–1991 • 2nd Session • 34th Parliament

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

GUIDE TO THE USER

This index is subject-based and extensively cross-referenced. Each issue is recorded by date; a list of dates may be found on the following page.

The index provides general subject analysis as well as subject breakdown under the names of Members of Parliament indicating those matters discussed by them. The numbers immediately following the entries refer to the appropriate pages indexed. The index also provides lists.

All subject entries in the index are arranged alphabetically, matters pertaining to legislation are arranged chronologically.

A typical entry may consist of a main heading followed by one or more sub-headings.

Income tax
Farmers
Capital gains

Cross-references to a first sub-heading are denoted by a long dash.

Capital gains *see* Income tax—Farmers

The most common abbreviations which could be found in the index are as follows:

1r, 2r, 3r, = first, second, third reading A = Appendix amdt. = amendment Chap = Chapter g.r. = government response M. = Motion o.q. = oral question qu. = question on the *Order Paper* R.A. = Royal Assent r.o. = return ordered S.C. = Statutes of Canada S.O. = Standing Order

Political affiliations:

BQ	Bloc Québécois
Ind	Independent
Ind Cons	Independent Conservative
L	Liberal
NDP	New Democratic Party
PC	Progressive Conservative
Ref	Reform Party of Canada

For further information contact the
Index and Reference Service — (613) 992-8976
FAX (613) 992-9417

INDEX

HOUSE OF COMMONS STANDING COMMITTEE

SECOND SESSION—THIRTY-FOURTH PARLIAMENT

DATES AND ISSUES

—1989—

April: 20th, 1.

May: 16th, 24th, 1.

June: 6th, 2; 8th, 3; 13th, 4; 14th, 5; 15th, 6; 22nd, 7; 27th, 8.

September: 27th, 9.

October: 12th, 19th, 26th, 10.

November: 28th, 10.

December: 5th, 12th, 11; 19th, 12.

—1990—

January: 23rd, 13; 30th, 14.

February: 6th, 15; 13th, 16; 20th, 17.

March: 8th, 18; 13th, 19; 20th, 20; 22nd, 21; 27th, 22.

April: 3rd, 23; 10th, 24; 26th, 26.

May: 1st, 27; 2nd, 28; 8th, 29; 10th, 30; 15th, 31; 22nd, 32; 24th, 29th, 33; 31st, 34.

June: 5th, 35; 12th, 36; 14th, 37.

October: 9th, 38; 11th, 39; 18th, 40; 23rd, 41; 25th, 42; 30th, 43.

November: 1st, 43; 6th, 44; 8th, 45; 22nd, 46.

December: 4th, 47; 10th, 48; 11th, 49; 13th, 50.

—1991—

January: 21st, 51, 52; 22nd, 53.

February: 26th, 54.

March: 5th, 12th, 14th, 19th, 21st, 26th, 54.

April: 8th, 9th, 11th, 54.

May: 1st, 54.

N.B. On April 23 & 24, 1990 the Committee participated in the Parliamentary Forum on Global Climate Change. The Minutes of Proceedings and Evidence are published in a special non-indexed issue.

Abortion
Accessibility
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **22**:6, 11-2
Canadian Hospital Association position, **38**:12
Legislation, **3**:16
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **22**:7; **31**:6, 11
Recriminalization, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:10, 16, 22-8, 32-3; **22**:7; **31**:6
Supreme Court role, **15**:5-6
See also Co-operative health clinics; Reproductive technologies—Royal Commission of Inquiry into New Reproductive Technologies

Accidents
Health care implications, **11**:33-4
Children, socio-economic factors, **17**:14-5
See also Motor vehicle accidents

Accountability *see* Canadian Advisory Council on the Status of Women—Membership; Health care—Funding; Hospitals

Acquired immune deficiency syndrome *see* AIDS

Adamack, Thomas L. (Canadian Association of Optometrists)
Health care, funding, Committee study, **24**:5-7, 19, 23, 25-7

Adoption *see* Maternity benefits

Advertising *see* AIDS—Public education programs; Co-operative health clinics; Drugs and pharmaceuticals; Senior citizens health care—Prevention

Advocacy *see* Health care

Aerosol pentamidine *see* AIDS—Drugs

Agenda and procedure subcommittee *see* Procedure and Committee business

AIDS
Blood supply, contamination
Hemophiliacs, victim compensation, **1**:37-41, 43, 45; **4**:12-7; **7**:6
Screening, **7**:8
See also AIDS—Testing
Care-givers, "burn out", **52**:33
Cases
Distribution, **7**:7; **52**:8, 11
Number, **7**:6-7, 11; **52**:12, 15-6, 29, 52
Committee role, **1**:33-4
Community groups, **52**:30-1
Doctors, relationship, **52**:18-9
Funding, guidelines, **1**:40
See also AIDS—Federal Centre for AIDS—Public education
Complexity, increasing, **52**:37
Conferences, **28**:9
5th International Conference on AIDS, Montreal, Que., **4**:5-6, 26; **28**:8
Consultations, **7**:15-7, 23
Costs, **52**:18, 32, 52-3
Data, collection, **52**:9-10, 12-3, 18, 52

AIDS—*Cont.*
Discrimination
Sexual orientation basis, Federal Centre for AIDS position, **7**:25-6
See also AIDS—Prejudice
Doctors
Front-line, difficulties, paperwork, volume, etc., **52**:8-13, 22-3, 26-7
See also AIDS—Community groups—Family physicians—Treatment
Drug abuse, relationship, **52**:29-30, 35
Federal prisons, **28**:12, 22-4
See also AIDS—Prevention—Victims
Drugs
Aerosol pentamidine treatment for pneumocystis carini pneumonia, availability, **52**:6, 22, 26
AZT, **7**:10-1; **52**:6-7
Funding, **52**:6-7, 27
Open-arm testing, **1**:40
Paperwork, forms, **52**:9
Vaccine, **7**:11
Employers, policies for workplace, **4**:25
Epidemic, **7**:10
Federal Centre for AIDS
Administrative costs, **7**:21-2, 31
AIDS support groups, relationship, **7**:18-9
Laboratory services, **7**:12
Leadership, criticism, **7**:22-3
See also AIDS—Discrimination
Family physicians
Expertise, **52**:6, 8, 11, 23-5, 109
Mentor system, implementing, **52**:15, 26
Federal government, leadership role, **52**:38
Federal-provincial advisory committee, establishing, **1**:36; **28**:12
Fee-for-service payment, effectiveness, **52**:16-8
Funding, **1**:29; **4**:23-4; **7**:19-21; **11**:27-8; **28**:13; **52**:28, 34-5, 37, 51
Australia, comparison, **11**:27
See also AIDS *passim*
Hospices, funding, **1**:36
Information, confidentiality, **52**:30, 34
Inventory of activities, establishing, **7**:18
Moral/philosophical issues, **52**:33-4, 38-9
Mortality rate, **7**:7-8; **52**:31-2, 41-3
Native people
Prevalence, **12**:27-8
See also AIDS—Public education programs
Non-partisan, all-party approach, **1**:29, 35-6, 38; **7**:32
Origins, **7**:5-6
Parliamentary *ad hoc* committee, **52**:16, 38
Pathology, **7**:4-5
Policy, **52**:36-7
Canadian Association of Social Workers role, **30**:25
Canadian Hemophiliac Society position, **1**:37, 41
Consultations, **1**:29
National strategy, **1**:29, 36-7, 39-40, 43, 45; **4**:6, 24-6; **7**:11-2, 17-9, 23, 26, 31; **28**:8, 12-3; **52**:37
Public Service, application, **1**:29, 35, 41
Prejudice, combating, **1**:28-9, 39; **52**:10-1, 34, 38-9, 50-1

AIDS—*Cont.*
Prevention, **28**:8; **52**:27, 29
Condoms, effectiveness, etc., **7**:26-9; **52**:19-20, 41, 51
Drug users, needle exchange program, **23**:12-3; **28**:8, 12
Funding, **52**:31
Health care and laboratory workers, **1**:29
Homosexual community, **52**:46-7
Prisons, condoms, availability, **7**:25; **52**:38-9
Target groups, **52**:29
Private sector, involvement, **1**:29, 41
Professional health organizations, role, **52**:11
Public education programs, **1**:36, 39-40; **4**:26-7; **7**:10, 14-5, 22, 29-30, 32; **11**:28, 31
Advertising, **7**:26-7, 29-30; **28**:8
Children, **7**:30-1
Community groups, importance, **4**:25; **7**:23-4
Counselling, **52**:13-4, 17-8, 30
Funding, **7**:24
Mail-drop proposal, **7**:29, 31
Native people, **1**:56; **12**:28
Small communities, **1**:55-6
See also AIDS—Treatment
Publications, *Survivors*, **1**:36
Research, **52**:29, 35
Co-ordination, **7**:19-20
Funding, **52**:37
Medical Research Council of Canada, **34**:10
Other medical research, affecting, **6**:21-2; **34**:12-3
See also AIDS—Drugs
Royal Society of Canada report, **7**:23-5; **52**:31
Testing
Anonymous testing, **52**:7, 14, 19-23, 26, 30, 47-50
Blood donor clinics, use, **52**:43-5
Costs, **52**:21-2
Federal government position, **7**:12
Immigrants, **7**:12-3
Open-arm testing, **1**:40
Serial prevalence studies, **52**:20-1
Transmission, **7**:6, 8; **52**:41
Breast milk, **7**:8
Health care workers, **52**:32-3, 35-6
Treatment
Accessibility, **52**:109-10
Anti-viral agents, **7**:27-8
Information, awareness, **52**:7
Other countries, comparison, **52**:50-1
Registry, establishing, **28**:9
Rural areas and small communities, **52**:5-6, 25-6
See also AIDS—Drugs
Tuberculosis, incidence, **52**:17-8
Victims
Heterosexuals, **7**:7
Homosexual/bisexual males, **7**:6, 9
Intravenous drug users, **7**:6, 24-5
Males/females, **7**:6
Virus, mutation, **7**:28
Women, incidence, **52**:20-1, 30, 40
See also AIDS—Transmission
Youth, awareness, **52**:41, 45-7
Queen's University study, **1**:36, 39; **7**:13, 24

Air conditioning *see* Multiple sclerosis

Air travel *see* Arrow Airlines; Cancer

Alar *see* Fruit and vegetables—Apples

Alcohol *see* Child health care; Native health care—Drug and alcohol abuse; Psychiatric services

Aldred, Joel (National Advisory Council on Aging)
Health care, funding, Committee study, **15**:27-36, 38-9, 41-3

Alexander, Marguerite (Canadian Advisory Council on the Status of Women)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1990-1991, main, **31**:13-4, 24-5

Alzheimer's disease
Care-givers, **18**:30; **39**:20
Illness/death, **15**:7, 20-1
Diagnosis/causes
Dementia, relationship, **15**:21; **39**:7
Nutrition, relationship, **15**:21-2
"Fashionable disease", **16**:30
Research, funding, **8**:6, 9, 11, 21; **32**:15; **42**:34-5
Support groups, **10**:10; **15**:21

Ambulance Act *see* Death and dying

Ambulance service
Rural areas, **20**:20-1

Anderson, Edna (PC—Simcoe Centre)
References, *in camera* meeting, **47**:57; **54**:5

Animal experimentation
Alternatives, computer simulations, **49**:18-9, 22-4, 26-7, 32; **53**:88
Animal rights movement, impact, **49**:4, 7-12, 15-7, 33-5; **53**:95-6
Cosmetics, testing, **49**:12-3
Deaths, **49**:32-3
Facilities, costs, **53**:92
Funding, **53**:93-5
Importance, **49**:20, 29-32; **53**:91, 93
Jurisdiction, **49**:25-6
Number of experiments, decrease, **49**:19
Polio treatment, relationship, **49**:20, 31
Pounds and shelters, source of supply, **49**:8-9, 11, 17-20
Public opinion, **49**:10
Regulatory process, animal care committees, **49**:5-6, 20-2
Canadian Council on Animal Care position, **53**:91-5
Canadian Federation of Biological Societies position, **53**:89-90
Non-compliance, statistics, **49**:13-5; **53**:89, 92, 96-7
United States, comparison, **49**:26-8

Animal rights movement
Funding, **49**:11, 25
See also Animal experimentation; Physicians for Responsible Medicine

Appendices
War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force, brief, **50A**:1-20

Appointments *see* Order in Council appointments

Arrow Airlines
Crash, Dec. 12/85, Gander, Nfld., report on post-traumatic stress disorder problems of crash-site workers, **4**:4-5, 17-8

Aspirin *see* Heart attacks

Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec *see* Organizations appearing

Association of Canadian Teaching Hospitals *see* Organizations appearing

Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine
Background, **42**:7, 10
See also Health care—Accessibility—Alternatives—Prevention; Organizations appearing

Atlantic provinces *see* Child care—Funding; Chiropractors; Nurses—Number; Optometrists—Training

Auckland, N.Z. *see* Commonwealth Games

Australia *see* AIDS—Funding; Community-based health care, Cost-savings; Doctors—Remote areas

Automobiles *see* Fee-for-service payment; Motor vehicle accidents

Avard, Denise (Canadian Institute of Child Health)
Health care, funding, Committee study, **17**:5-15, 17-21, 23-31

Axworthy, Chris (NDP—Saskatoon—Clark's Crossing)
AIDS, **1**:43; **7**:17-9; **11**:27; **23**:12
Child health care, **17**:15-7, 31
Co-operative health clinics, **20**:15-8
Doctors, **26**:26-8; **36**:12-5
Drugs and pharmaceuticals, **36**:32-4
Extra-billing, **1**:42
Food safety, **1**:43
Fruit and vegetables, **1**:43, 46
Health, **13**:16; **24**:19
Health care, **1**:42-3
Funding, Committee study, **11**:25, 27; **12**:21-3; **13**:15-7; **15**:23-4, 37-9; **17**:15-7, 31; **20**:15-8, 26; **21**:30-1; **23**:11-3, 28-9; **24**:18-9; **26**:25-8; **36**:12-5, 32-4
Meme breast implant, **28**:18-9
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **1**:42-3, 46
Estimates, 1990-1991, main, **28**:16-20, 34
Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:17-9
Native health care, **12**:21-3
New Horizons Program, **28**:19-20
Nurses, **26**:25-6
Optometrists, **24**:18-9
Pharmacists, **36**:32
Procedure and Committee business, organization meeting, **1**:10
References, *in camera* meetings, **1**:6; **10**:3-4; **33**:3; **37**:16; **43**:3
Thalidomide, **28**:16-8
User fees, **1**:42; **13**:17

AZT *see* AIDS—Drugs

"Baby Boomers" *see* Senior citizens—Demographics

Baker, Maureen (Library of Parliament Researcher)
Health care, funding, Committee study, **27**:37

Baker, Maureen—*Cont.*
References, **27**:37

Basham, Ken (Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine)
Health care, funding, Committee study, **42**:8-9, 15, 18-20

Battle, Ken (National Council on Welfare)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **2**:4-34

Baycrest Centre for Geriatric Care
Client population, **42**:37
See also Fee-for-service payment; Organizations appearing; Senior citizens health care—Community-based care; User fees

Beatty, Hon. Henry Perrin (PC—Wellington—Grey—Dufferin—Simcoe; Minister of National Health and Welfare)
Accidents, **11**:33-4
AIDS
Blood supply, contamination, hemophiliacs, **1**:41, 45; **4**:12, 14, 16-7
Committee role, **1**:33-4
Community groups, **1**:40
Conferences, **4**:5-6
Drug abuse, relationship, **28**:22-4
Funding, **1**:29; **4**:23-4; **11**:27-8; **28**:13
Non-partisan, all-party approach, **1**:29, 38
Policy, **1**:29, 35, 39-41, 45; **4**:6, 24-6; **28**:8, 13
Prejudice, **1**:28-9, 39; **4**:6
Prevention, **1**:29; **28**:8
Private sector, involvement, **1**:29, 41
Public education programs, **1**:39-40, 56; **4**:25-7; **11**:28; **28**:8
Testing, **1**:40
Treatment, **28**:9
Youth, **1**:39
Arrow Airlines, **4**:4-5, 17-8
Breast cancer, **28**:27-8
Canada Pension Plan, disability benefits, **1**:33
Catley-Carlson, references, **28**:30
Child care
Budget, Apr. 27/89, **1**:30
Economic importance, **28**:11, 14
Funding, **1**:30-1, 41, 51; **4**:33; **11**:30; **28**:15-6, 21-2, 25-6, 28-9
National strategy, **4**:31; **28**:11
Native people, **1**:41-2; **4**:35-7
Policy, **1**:41
Regional aspects, **11**:30-1
Research, **4**:39-40; **11**:30
Sunnybrook Hospital model, **4**:31-2
Child health care, **28**:13-4
Children, **1**:30, 47; **28**:10, 16
Demography, **11**:6, 8, 25
Drug abuse, **1**:31-2; **28**:10
Drugs and pharmaceuticals, senior citizens, **4**:34-5
Economic development, **11**:23-4
Environment, **1**:32-3
Environmental sensitivity, **4**:7; **28**:10
Family, **1**:56-7; **11**:6, 8
Family violence, **1**:30; **28**:10
Fertility rate, **11**:24
Fitness, **4**:21

Beatty, Hon. Henry Perrin—*Cont.*
Fitness and Amateur Sport Program, **4**:20-1
Food products, labelling, **1**:48-9
Food safety, **1**:45-6; **28**:9-10
Fruit and vegetables, **1**:31, 45-6
Health care
Funding, **1**:42, 44; **4**:9-10, 19-20, 33; **11**:26; **28**:5-6, 12, 26, 32-3
Committee study, **11**:5-9, 21-35
Institutionalization, **28**:33
Prevention, **1**:44; **4**:9, 20; **28**:32
Standards, **4**:9; **28**:31
Universality, **1**:44
Immigration, **11**:6, 29
Medical technology, **4**:10; **11**:27, 34; **28**:32
Meme breast implant, **28**:18-9
Multiple sclerosis, **28**:31
National Advisory Council on AIDS, **1**:29, 40
National Health and Welfare Department, **1**:27-8, 47-8
Estimates, 1989-1990, main, **1**:27-35, 38-42, 44-54, 56-8; **4**:4-7, 9-40
Estimates, 1990-1991, main, **28**:5-34
Native health care, **4**:37-8
New Horizons Program, **28**:19-20
Old Age Security, **1**:54
Palliative care, **4**:24
Population, **11**:23
Procedure and Committee business, ministers, **1**:34-5, 57-8
Reproductive technologies, **1**:31, 48; **4**:10, 21-3
Research, **1**:47
Senior citizens, **1**:32, 51-2; **11**:5-9; **28**:5
Senior citizens health care, **1**:32; **4**:9-10, 27-30; **11**:7, 22, 33-4
Seniors Independence Program Independence, **28**:26
Single-parents, **4**:32; **11**:8
Smoking, **28**:7-8
Thalidomide, **4**:11-5; **28**:16-8
Tobacco and tobacco products, **1**:44-5, 48, 50; **11**:33
United Nations Convention on the Rights of the Child, **28**:28
Welfare, **1**:53
Women, abuse, **1**:30
Youth, **1**:57; **28**:14-5

Beauséjour, Pierre (Canadian Psychiatric Association)
Health care, funding, Committee study, **39**:4-14, 16-30

Belliveau, Al (Medical Research Council of Canada)
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:6-8, 12-3

Benoît, Lise (Canadian Advisory Council on the Status of Women)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **9**:29-30, 34

Berger, Philip B. (Individual presentation; University of Toronto)
Health care, funding, Committee study, **52**:4-27, 42-7, 49-50
References, **52**:4

Bertrand, Gabrielle (PC—Brome—Missisquoi)
Abortion, **9**:22-4
AIDS, **1**:54-5; 7:20-2; **52**:36-8
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:25-6; **9**:22-4

Bertrand, Gabrielle—*Cont.*
Canadian Jobs Strategy, **3**:25
Child care, **9**:22; **48**:41
Child health care, **17**:24-5
Child poverty, **40**:29
Children, **48**:40-1
Chiropractors, **40**:25-6
Community-based health care, **22**:19
Death and dying, **53**:23
Divorce/separation, **3**:25-6
Doctors, **22**:19
Family, **1**:55-6; **2**:23
Fee-for-service payment, **35**:19
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:45-7
Guaranteed Income Supplement, **2**:22
Health care directives, **53**:32-4
Health care, funding, Committee study, **16**:21, 24-5; **17**:23-5; **18**:31-3; 21:22, 27; **22**:19; **30**:32-4; **35**:12-4, 19; **40**:25-6, 29; **45**:5, 33-5; **48**:40-1; **52**:36-8, 74, 113; **53**:23, 32-4, 40, 78-9
Hospitals, **53**:79
Laboratory services, **21**:27
Medical Research Council of Canada estimates, 1990-1991, main, **34**:19-20
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **1**:54-6; **2**:22-3
Estimates, 1990-1991, main, **33**:23-4
Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, 7:20-2
Order in Council appointments, **29**:22-3
Pensions, **3**:26
References, *in camera* meetings, **1**:6; **10**:3-4; **11**:3; **37**:16; **43**:3; **47**:57; **54**:3
Secretary of State Department Women's Program, **29**:21
Senior citizens health care, **16**:24-5; **18**:31-2; **30**:33
Social programs, **30**:32-3
Sports, **5**:45-7; **33**:23-4
Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1989-1990, main, **3**:25-6
Estimates, 1990-1991, main, **29**:20-3
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:20-1; **51**:15-6
User fees, **52**:113
Victorian Order of Nurses of Canada, **18**:32
Women, **3**:25

Bisby, Mark (Partners in Research)
Health care, funding, Committee study, **49**:5-6, 13-6, 21, 23-4, 28-9, 32-4

Bisexuals *see* AIDS—Victims

Bjornson, David (PC—Selkirk—Red River)
References, *in camera* meetings, **54**:3

Black, Dawn (NDP—New Westminster—Burnaby)
Abortion, **3**:16; **9**:27-8
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:14-7; **9**:18-22, 27-8, 36
Child care, **9**:36; **29**:13-4
Employment Equity Act, **29**:12-3
Family allowances, **29**:14

Black, Dawn—*Cont.*
Health care, funding, Committee study, **44**:9-12, 25-7
Health Sharing magazine, **29**:11-2
Interest rates, **3**:16
Lesbians, **3**:15; **9**:18; **29**:33
Mental health, **44**:9-12
Pay equity, **3**:17
Physiotherapy, **44**:25-7
Prison for Women, **29**:33-4
Public Service, **9**:18, 20
REAL Women of Canada, **3**:15; **9**:19
References, *in camera* meeting, **10**:3
Reproductive technologies, **3**:14-5; **29**:10-1
Secretary of State Department Women's Program, **3**:15-6; **29**:11-2
Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1989-1990, main, **3**:14-7
Estimates, 1990-1991, main, **29**:10-4, 27, 31-4
Unemployment insurance, **29**:14
Women, **9**:21-2; **29**:31-3

Block funding *see* Health care—Funding

Blood and blood products
Use, evaluation, **52**:83
See also AIDS; Health care directives—Legal precedents

Bois, Pierre (Medical Research Council of Canada)
Medical Research Council of Canada
Estimates, 1989-1990, main, **6**:4-11, 13-22
Estimates, 1990-1991, main, **34**:4-20

Bonnah, Cathy (Victorian Order of Nurses of Canada)
Health care, funding, Committee study, **18**:22-3, 27

Borwein, Bessie (Partners in Research)
Health care, funding, Committee study, **49**:6-10, 12-9, 21-4, 29-31, 34-5

Bourque, Clairette (Committee Clerk)
Health care, funding, Committee study, **40**:30

Breast cancer
Detection, **1**:53-4; **4**:19; **28**:27-8
Disease-free survival, data, **6**:5-6
Native women, **12**:16

Breast implants *see* Meme breast implant

Breast milk *see* AIDS—Transmission

Brewin, John F. (NDP—Victoria)
AIDS, **6**:21
Commonwealth Games, **5**:23; **33**:20-1
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:22-8, 44, 48-9
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:15-7, 21
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **33**:13-4, 20-3, 29-31, 34-5
Sports, **5**:24-7, 49; **33**:20-2, 29-31, 34-5

Briefs *see* Appendices

Britain *see* Health care—Socio-economic factors

British Columbia *see* Community-based health care; Mental health—Community-based care; Women—Centres

Brockett, Margaret (Canadian Association of Occupational Therapists)
Health care, funding, Committee study, **26**:6, 11-2, 14-5

Budget
National Council on Welfare position, **2**:7

Budget, Apr. 27/89 *see* Child care; Family allowances; National Health and Welfare Department—Expenditures; Old age pensions; Senior citizens; Social programs—Benefits; Women

Budget, Feb. 20/90 *see* Health care—Funding

Business *see* Health care—Funding

Butland, Steve (NDP—Sault Ste. Marie)
Health care, funding, Committee study, **27**:8-9, 25-6

Buzzell, Mary (Victorian Order of Nurses of Canada)
Health care, funding, Committee study, **18**:25-6, 30, 34, 36-7

Caesarean sections *see* Surgical procedures

Calgary, Alta. *see* Olympics

Calhoun, Ronald G. (Partners in Research)
Health care, funding, Committee study, **49**:4, 10-5, 19-21, 24-9, 31, 33
References, **49**:24

Callbeck, Catherine (L—Malpeque)
References, *in camera* meetings, **54**:6

Campbell, Coline (L—South West Nova)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **1**:58
Procedure and Committee business, ministers, **1**:58

Campbell, Sandy (Canadian Association of Social Workers)
Health care, funding, Committee study, **30**:29, 31-2, 36, 38-9, 43

Canada Assistance Plan
Funding, cutbacks, **30**:25-6
See also Child care—Funding; Health care—Funding; Single-parents—Women, Child care

Canada Fitness Week
Participation, **5**:6, 12; **33**:6, 25

Canada Health Act
Principles, discussion, **52**:106
See also Eye care

Canada Pension Plan
Disability benefits, processing, **1**:33
Spousal eligibility, **32**:26-7

Canada Post Corporation *see* Postal rates

Canada-USSR Winter Fit Week
Fitness and cultural exchange, **5**:6, 12; **33**:8

Canadian Advisory Council on the Status of Women
Administrative costs, **9**:29-30
Child care, providing, **9**:17
Consultations, **9**:14, 19, 26, 29, 34-6
Committee, communications, **31**:24-5
Duplication, **9**:27
Estimates, 1989-1990, main, **3**:4-30; **9**:4-27

Canadian Advisory Council on the Status of...—*Cont.*
Estimates, 1990-1991, main, **31**:4-25
Funding, **9**:5; **31**:4, 19
Membership, **9**:6
Accountability, **31**:20
Background, **31**:5, 20
Disabled and handicapped, **31**:15
Sexual orientation criteria, **9**:36-7
National Action Committee on the Status of Women, relationship, **31**:14
President, S. Gold, departure, **9**:5
Public education, **31**:18-9
Publications, **9**:11, 14, 18-20; **22**:5; **31**:6, 8
Research, **9**:7-13, 20-2, 25; **22**:5, 20; **31**:4-9
Role, **9**:5-7, 14-7; **22**:4-5; **31**:4, 23-4
Staff, **22**:20
Disabled and handicapped, **31**:15
Men, including, **31**:15
Strategic plan, **31**:5
Women, attitude, **31**:16-8
See also Abortion—Accessibility—Legislation—Recriminalization; Child care; Child poverty; Divorce/separation; Entrepreneurship; Feminism; Health care—Accessibility; Homemakers; Mandatory retirement; Maternity benefits; Native women; Orders of Reference; Organizations appearing; Pay equity; Pensions—Women; Public Service—Employment equity; REAL Women of Canada; Reproductive health; Reproductive technologies; Taxation—Women; Unemployment insurance—Legislation; Women *passim*

Canadian AIDS Society
Funding, **7**:23-4

Canadian Association of Occupational Therapists *see* Community-based health care; Fee-for-service payment; Health care—Funding; Occupational therapy services—Children; Organizations appearing; Senior citizens health care—Community-based care

Canadian Association of Optometrists
Canadian Ophthalmological Society, relations, **24**:6, 15-6
See also Eye care; Organizations appearing

Canadian Association of Social Workers *see* AIDS—Policy; Family violence—Prevention; Health care—Accessibility—Goods and Services Tax; Mental health—Resources; Organizations appearing; Social programs—Deterioration; User fees

Canadian Bar Association *see* Health care directives

Canadian Centre for Occupational Health and Safety
Background, **27**:7-8, 10-2
See also Organizations appearing

Canadian Charter of Rights and Freedoms *see* Lesbians; Women—Status/equality, Litigation

Canadian Chiropractic Association *see* Health care—Alternatives—Consultations; Organizations appearing

Canadian Co-operative Association
Background, **20**:4
See also Co-operative health clinics; Organizations appearing

Canadian Council on Animal Care
Background, **53**:90-1
See also Animal experimentation—Regulatory process; Organizations appearing

Canadian Dietetic Association *see* Organizations appearing; Poverty; Senior citizens health care—Nutritional and social programs

Canadian Federation of Biological Societies
Background, **53**:85
See also Animal experimentation—Regulatory process; Organizations appearing; Research—Funding

Canadian Health Coalition
Membership, **22**:26, 32-3
See also Health care—Federal government role—Funding; Organizations appearing

Canadian Hemophiliac Society
Funding, **7**:23-4
See also AIDS—Policy

Canadian Hospital Association *see* Abortion—Accessibility; Doctors—Surplus; Fee-for-service payment; Health care—Funding—Human resources; Hospitals—Costs; Organizations appearing

Canadian Institute for Advanced Research
Background, **48**:5
See also Organizations appearing

Canadian Institute of Child Health
Background, funding, **17**:4, 20
See also Organizations appearing

Canadian International Development Agency *see* Women—Discrimination, Gender sensitization

Canadian Jobs Strategy
Re-entry program, **3**:25
Single-parents, participation, **3**:17

Canadian Lacrosse Association
Funding, **33**:34

Canadian Medical Association *see* Doctors—Surplus; Drugs and pharmaceuticals; Health care; Hospitals—Acute care/chronic care; Organizations appearing

Canadian Mental Health Association
Membership, **44**:14
See also Mental health—Community-based care; Organizations appearing

Canadian Nurses Association *see* Health care—Accessibility—Funding—Policy; Nurse Practitioner Association of Ontario; Nurses—Number—Role; Organizations appearing; Senior citizens health care—Community-based care—Demographic changes—Public education; Seniors Independence Program; User fees

Canadian Ophthalmological Society *see* Canadian Association of Optometrists

Canadian Pharmaceutical Association *see* Organizations appearing

Canadian Physiotherapy Association *see* Organizations appearing

Canadian Psychiatric Association *see* Fee-for-service payment; Health care—Federal government role—Funding—Quality of life factors; Organizations appearing; Psychiatric services—Community-based care—Practitioners, Remuneration—Senior citizens

Canadian Public Health Association *see* Community-based health care

Cancer
Air travel, relationship, **23**:10
Research, molecular biology, **6**:6
Treatment, Toronto area, staff shortages, **26**:31-2; **38**:14-5
See also Breast cancer

CAP *see* Canada Assistance Plan

Capitation payment system *see* Health care—Funding; Nurse practitioners—Payment

Capretta, Rosalie (Individual presentation; McMaster University)
Health care, funding, Committee study, **53**:25-6

Cardio-vascular research
Funding, **6**:18-20

Care-givers *see* AIDS; Alzheimer's disease; Community-based health care; Senior citizens health care

Castonguay, Claude (Individual presentation)
Health care, funding, Committee study, **35**:4-20
References *see* Health care—Effectiveness, Measurement—Privatization

Catley-Carlson, Margaret
References, **28**:29-30

Centres of excellence
Community-based health care, relationship, **52**:60

Chadderton, H. Clifford (War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:4-16, 18, 20-32

Chadwick, Harry (PC—Bramalea—Gore—Malton)
References, *in camera* meetings, **54**:3

Chairman, rulings and statements *see* Procedure and Committee business

Charest, Hon. Jean J. (PC—Sherbrooke; Minister of State (Youth) and Minister of State (Fitness and Amateur Sport) and Deputy Leader of the Government in the House of Commons)
Canada Fitness Week, **5**:6, 12
Canada-USSR Winter Fit Trek, **5**:6, 12
Commonwealth Games (1990), **5**:23
Disabled and handicapped, **5**:6, 42-3
Fitness, **5**:5-7, 11, 13-4, 29-30
Fitness and Amateur Sport Program
Estimates, 1989-1990, main, **5**:4-20, 22-51
Funding, **5**:15-7
Holistic model, **5**:7
Infrastructure, **5**:5-6
International development, **5**:6-7
Policy, **5**:6, 11, 29-30
Private sector, **5**:6, 29

Charest, Hon. Jean J.—*Cont.*
Fitness and Amateur Sport Program—*Cont.*
Role, **5**:5, 10, 14
References *see* Sports—Drugs
Sport Canada, **5**:8
Sports
Coaches, **5**:48
Drugs, **5**:8-10, 14-8, 26-8, 33-6
Funding, **5**:8, 16, 19-20, 22, 24-5, 31-3, 40-2, 46-7
Insurance, **5**:49
International competition, **5**:6-9, 13, 16-7
Jurisdiction, **5**:44-5
Policy, **5**:9-10, 17, 22, 24-5, 50-1
South Africa, **5**:9
Values, **5**:8, 16, 36
Winter sports, **5**:47-8
Women, **5**:37-9

Chelation therapy
Liver damage, allegations, **42**:14-5, 17-20

Child abuse *see* Children—Sexual abuse

Child care
Availability, new spaces, **1**:37-8
Budget, Apr. 27/89, impact, **1**:30; **3**:23, 25
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:7, 14, 22, 25-6, 36; **22**:9-10, 20
Economic importance, **28**:11, 14, 24
Effects, **48**:41-2
Family structure, relationship, **11**:31
Funding, **11**:30; **22**:20; **29**:13-4
Atlantic provinces, **28**:15-6
Canada Assistance Plan, **1**:30-1, 37, 41, 50-1; **4**:32-3; **28**:20-2, 24-6
See also Single-parents—Women
Child Care Initiatives Fund, **3**:6; **28**:27-9; **29**:7
National strategy, implementation, **3**:6; **4**:30-1; **28**:11
Native people, **1**:38, 41-2; **3**:6, 23-4; **4**:35-7, 39
North York, Ont., **4**:30, 33
Policy, **1**:41; **11**:30; **29**:6
Regional aspects, **11**:30-1
Research, **4**:39-40; **11**:30
Rural areas, **22**:10
Federated Women's Institutes of Canada seminar, **3**:6
Staff, qualifications, **9**:36
Sunnybrook Hospital model, **4**:30-2
See also Canadian Advisory Council on the Status of Women; Single-parents—Women

Child health care
Alcohol, relationship, **17**:12, 15
Community health centres, Quebec, **17**:25
Costs, **17**:5, 18-9
Federal government role, **17**:16-8
Funding, **17**:11, 18, 22-3, 25, 29-30
Health, relationship, **17**:5-7, 10
Hospitalization rates, **17**:5, 8
Quebec, **17**:29
Infants, perinatal mortality rate, **14**:9-10, 12; **15**:6, 19; **17**:10-1, 15
Health care units, effectiveness, **17**:12-4
Other countries, comparison, **17**:23

Child health care—*Cont.*
Infants, perinatal mortality rate—*Cont.*
Regional differences, **17**:28-31
Socio-economic differences, **17**:5
United States, comparison, **15**:13
Intelligence quotient of parents, relationship, **17**:21-2
Interdisciplinary approach, **17**:6-9, 29-31
Medical research, importance, **49**:10
Policy, **17**:11-2, 15-7; **28**:13-4
Poverty, relationship, **28**:14
Premature births, effects, **17**:6
Single-parent families, **17**:26-7, 29
Standards, regional inequalities, **17**:5, 24-5
See also Accidents; AIDS—Public education programs; Eye care; Motor vehicle accidents; Native health care; Occupational therapy services

Child poverty
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **31**:11-2
Government record, criticism, **40**:27, 29
Subcommittee, Greene remarks, **40**:27-30
Women, poverty, relationship, **31**:8

Children
Development, Headstart Program, etc., **48**:20-1, 40-3
Importance, government policies/programs, recognizing, **1**:30
Sexual abuse, **1**:30; **28**:10
Research, **1**:46-7
Rogers report, **1**:30; **28**:16
Tax assistance to families, **1**:30
See also Health; Parliament—Women; Refugee status; United Nations Convention on the Rights of the Child

Chile *see* Fruit and vegetables

Chiropractors
Atlantic provinces, number, **40**:13-4
Doctors, attitude, **40**:7-8, 10-4
Effectiveness, **40**:6-7
Fees, user fees, extra-billing, **40**:5, 18-9, 24-6
Funding, **40**:14-5
Institutions, access, **40**:10-3, 15, 17-8
Regulation, **40**:4
Senior citizens, percentage of patients, **40**:26-7
Training, costs, **40**:5, 15-7
Treatment procedures, manipulative therapy, **40**:5, 13, 16
Unlicensed practitioners, **40**:16-7
X-ray facilities, **40**:12, 21-3
See also Co-operative health clinics

Cholesterol
Reduction, mortality rate, relationship, **48**:7-8, 19-20, 22
Screening, **43**:21-2

Clancy, Mary (L—Halifax)
Abortion, **9**:25
Accidents, **17**:14-5
AIDS, **4**:23-4; **52**:20-3, 40-3
Alzheimer's disease, **15**:21-2
Breast cancer, **12**:16
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:10-4; **9**:13-7, 25
Canadian Centre for Occupational Health and Safety, **27**:10-1

Clancy, Mary—*Cont.*
Chelation therapy, **42**:17
Child care, **9**:14
Child health care, **17**:15
Chiropractors, **40**:13-5
Community-based health care, **23**:22-3; **27**:24
Co-operative health clinics, **20**:13-5, 26
Dietetics, **27**:24, 34
Doctors, **15**:12; **36**:9-12; **48**:30; **52**:90-1; **53**:31-2
Drugs and pharmaceuticals, **4**:33-5; **10**:24-5; **42**:17-8
Employment, **14**:21
Employment Equity Act, **3**:11-3
Euthanasia, **16**:13
Family allowances, **2**:15-6
Family violence, **29**:20
Fee-for-service payment, **20**:13-4; **43**:29
Fitness and Amateur Sport Ministry, **5**:39-40
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:18, 37-41
Guaranteed Income Supplement, **2**:29-30
Health care directives, **53**:12, 18-9, 22, 35-8
Health care, funding, Committee study, **10**:24-6; **12**:13-6, 26-7; **13**:25-6; **14**:21-3, 25; **15**:7-8, 12-3, 21-3; **16**:11-3; **17**:14-5, 27-8; **20**:13-5, 25-6; **21**:14-7; **22**:13-5; **23**:10-1, 19, 22-3; **24**:17-8; **27**:10-1, 23-5, 33-4; **30**:8-10, 20, 28-31; **36**:9-12, 29-31; **39**:15-6, 24-7; **40**:13-5; **41**:13-5, 22-5; **42**:17-20, 22-3, 27-9, 40-1; **43**:29, 31-4; **44**:8-9, 36-8; **45**:24, 30-3, 36; **46**:10-3, 17, 21, 28-31; **48**:17, 30-1; **52**:16, 20-3, 39-43, 64, 72-5, 77, 87-8, 90-1, 107-9, 118-9, 122-3; **53**:12, 18-9, 22, 31-3, 35-8
Hospitals, **13**:25-6; **15**:13
Immigrant women, **22**:13
Immigration, **14**:22-3
Laetrile, **42**:18
Life expectancy, **23**:10-1
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:11-5
Mental health, **44**:8-9
Midwifery, **41**:24
Motor vehicle accidents, **17**:27-8
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **2**:15-8, 29-30, 32; **4**:21-4, 33-5, 37
Estimates, 1990-1991, main, **32**:7-12, 16
Native health care, **12**:13-6, 26; **22**:13-4
Northwest Territories, **12**:13
Nurse practitioners, **41**:22-5
Nurses, **10**:25-6; **15**:23; **30**:10
Old age pensions, **2**:15; **32**:11-2
Optometrists, **24**:17-8
Pay equity, **3**:13; **9**:17
Pharmacists, **36**:29-31
Physiotherapy, **44**:36-7
Poverty, **32**:8
Procedure and Committee business
In camera meetings, **1**:24
Meetings, **51**:4-5; **52**:72-4
Ministers, M., **29**:27
Organization meeting, **1**:10, 19, 21, 24-5
Room, smoking/non-smoking, M. (White), **1**:25
Witnesses, **1**:19, 21

Clancy, Mary—*Cont.*
Psychiatric services, **39**:15-6; **46**:11-2, 30
Public Service, **3**:11
REAL Women of Canada, **9**:14-5
References, *in camera* meetings, **1**:6; **10**:3-4; **11**:3; **43**:3; **54**:3-5, 8
Reproductive technologies, **3**:10-1; **4**:21-2
Rural areas, **14**:25
Schizophrenia, **46**:10-3, 28-30
Secretary of State Department Women's Program, **29**:27
Senior citizens, **32**:8-9
Senior citizens health care, **16**:11-3; **27**:24-5, 33; **30**:8-10, 20; **42**:27-9; **43**:31; **48**:30-1
Senior Citizens Ministry of State, **32**:10-1
Social programs, **2**:16-8
Sports, **5**:37-41
Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1989-1990, main, **3**:10-4
Estimates, 1990-1991, main, **29**:17-20, 27
Surgical procedures, **21**:14-6; **43**:31-2; **45**:30-1; **48**:31
Thalidomide, **42**:17
Victim compensation, Committee study, **51**:4-5, 14-5
Unemployment insurance, **3**:13-4
Welfare, **2**:32
Women, **14**:21-2; **22**:14-5; **29**:17-20

Clare, Kim (Canadian Association of Social Workers)
Health care, funding, Committee study, **30**:26-7

Claw-back *see* Family allowances; Old age pensions; Social programs—Benefits

Clayton, A.J. (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department, Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:4-22, 24-31

Clemenhagen, Carol (Canadian Hospital Association)
Health care, funding, Committee study, **38**:7-9, 11-2, 14-7, 20-2

Clozapine *see* Drugs and pharmaceuticals—Costs

Cochrane, John (Canadian Chiropractic Association)
Health care, funding, Committee study, **40**:4-6, 9-19, 21-7

Cole, John E. (PC—York—Simcoe)
AIDS, **7**:29-30; **52**:25
Canadian Lacrosse Association, **33**:34
Cardio-vascular research, **6**:18-20
Child health care, **17**:18
Community-based health care, **52**:98
Doctors, **36**:18
Eye care, **24**:12-3
Fee-for-service payment, **26**:15-6
Fitness, **5**:28-9
Fitness and Amateur Sport Program, **4**:20-1
Estimates, 1989-1990, main, **5**:28-33
Health care, **4**:19-20
Funding, Committee study, **13**:19-22; **15**:32-4; **17**:18-21; **18**:14-5; **19**:22-4; **24**:12-3; **26**:15-6, 32-3; **36**:17-20; **39**:12-4, 24, 30; **40**:9, 11-2, 15; **41**:26-9; **42**:39-41; **44**:33-6; **48**:32-5, 43; **52**:25, 72-4, 97-9, 125-6; **53**:12-4, 63-4, 82-3
Health care directives, **53**:12-4
Holism, **26**:32-3

Cole, John E.—*Cont.*
Hospitals, **13**:19-20; **26**:32-3
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:17-20
Motor vehicle accidents, **17**:18-20
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **2**:27-9; **4**:19-21
Estimates, 1990-1991, main, **33**:14-6, 33-4
Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:29-30
Native health care, **19**:23-4
Nurse practitioners, **41**:27-9
Optometrists, **24**:12-3
Physiotherapy, **44**:33-6
Procedure and Committee business
Agenda and procedure subcommittee, M., **1**:14-5
Meetings, **1**:12; **51**:4-5; **52**:72-4
Organization meeting, **1**:9-12, 14-5, 22-3, 25
Printing, minutes and evidence, M. (Wilbee), **1**:9
Quorum, M. (White), **1**:11-2
Witnesses, **1**:22-3
References, *in camera* meetings, **1**:6; **10**:3-4; **11**:3; **33**:3; **43**:3; **47**:57; **54**:3, 6-8
Senior citizens, **42**:39-40
Senior citizens health care, **15**:32-4; **18**:14-5
Social programs, **2**:27-8
Sports, **5**:30-3; **33**:14-6, 33
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:25-6; **51**:4-8
War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force, **51**:8

College of Family Physicians of Canada
Criticism, **52**:11

Collins, Hon. Mary (PC—Capilano—Howe Sound; Associate Minister of National Defence and Minister responsible for the Status of Women)
Child care, **29**:6-7, 14
Employment equity, **29**:5-6
Employment Equity Act, **29**:12-3
Family violence, **29**:7, 15, 20
Homemakers, **29**:24-5
Human resources development task force, **29**:8
Immigrant women, **29**:27-8
Lesbians, **29**:33
Maternity benefits, **29**:7
Native people, **29**:29-30
Native women, **29**:6
Order in Council appointments, **29**:22-3
Prison for Women, **29**:34
Public Service, **29**:6
Reproductive technologies, **29**:7, 10-1
Secretary of State Department Women's Program, **29**:11-2, 21-2
Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1990-1991, main, **29**:4-34
Expenditures, **29**:8
Role, **29**:4-5, 8-9, 14
Women
Advocacy, **29**:16
Centres, **29**:30-3
Disabled and handicapped, **29**:23

Collins, Hon. Mary—*Cont.*
Women—*Cont.*
Discrimination, **29**:17-8, 25-7
Family/employment responsibilities, **29**:6
Research organizations, **29**:18-20
Status/equality, **29**:8-10

Committee
Effectiveness, **50**:27-8
Name, change, **8**:4
Travel, **12**:29
Witnesses, inviting
List, **43**:28-9
Secretary of State, **29**:27
See also AIDS; Canadian Advisory Council on the Status of Women—Consultations; Fitness and Amateur Sport Subcommittee; Global Warming Conference, Apr. 23-24/90; Procedure and Committee business

Committee studies and inquiries
Canadian Advisory Council on the Status of Women
Estimates, 1989-1990, main, **3**:4-30; **9**:4-37
Estimates, 1990-1991, main, **31**:4-25
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:4-51
Fitness and Amateur Sport Sub-Committee report, **47**:57
Health care, funding, Committee study, **10**:6-29; **11**:5-38; **12**:4-29; **13**:4-39; **14**:4-25; **15**:4-43; **16**:4-31; **17**:4-32; **18**:4-38; **19**:4-26; **20**:4-27; **21**:4-31; **22**:4-38; **23**:4-31; **24**:4-27; **26**:4-33; **27**:4-37; **30**:4-44; **33**:3; **35**:4-20; **36**:4-36; 37:16; **38**:4-23; **39**:4-31; **40**:4-30; **41**:4-34; **42**:4-41; **43**:4-38; **44**:4-38; **45**:4-36; 46:4-31; **48**:4-43; **49**:4-35; **52**:4-129; **53**:5-126
Medical Research Council of Canada
Estimates, 1989-1990, main, **6**:4-23
Estimates, 1990-1991, main, **34**:4-20
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **1**:27-58; **2**:4-34; **4**:4-40; **8**:4-23
Estimates, 1990-1991, main, **28**:5-34; **32**:4-27; **33**:5-35
Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, 7:4-32
Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1989-1990, main, **3**:4-30
Estimates, 1990-1991, main, **29**:4-35
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:4-32; **51**:4-16

Commonwealth Games
Auckland, New Zealand, 1990, national rugby associations position *re* South Africa policy, effect, **5**:23
Victoria, B.C., 1994
Fair wages policy, **33**:21
Funding, **33**:10, 20-1

Commonwealth Ministers Responsible for the Status of Women *see* Women—Status/equality

Community-based health care
British Columbia, **10**:23-4; **13**:8-9, 11, 20-1
Canadian Association of Occupational Therapists position, **26**:7-9
Canadian Public Health Association role, **10**:15-6
Care-givers, **18**:29-30
Financial support, **39**:20-1

Community-based health care—*Cont.*
Cost-savings, **13**:6; **26**:15; **36**:15-6, 21; **52**:98-9
Australia, comparison, **13**:13-4
Federal-provincial relations, **10**:21-3; **18**:24, 28-9
Multicultural centres, **26**:8-9
Multidisciplinary approach, **16**:9
Nutrition/dietetics, including, **27**:20-1, 24-5, 30, 32, 35-6
Quebec, comparison, **10**:16-8, 24; **22**:19; **35**:15-6
Rural and remote areas, dietitian internships, **27**:20, 25, 28
Standards, **39**:22
Tax incentives, **4**:29; **15**:6-7
Travelling clinics, **23**:22-3
Victorian Order of Nurses of Canada position, **18**:25-6
Volunteers, role, **10**:23-4; **18**:28
See also AIDS; Centres of excellence; Child health care; Home care; Mental health; Native health care; Palliative care; Physiotherapy; Psychiatric services; Senior citizens health care

Community Health Centre Project *see* Co-operative health clinics

Community health clinics
Establishing, **22**:12, 35
Nurse Practitioner Association of Ontario position, **41**:9-11, 31-2

Comprehensive Health Organization System *see* Health care—Funding

Computers *see* Animal experimentation—Alternatives; Drugs and pharmaceuticals; Health care

Condoms *see* AIDS—Prevention

Conferences *see* AIDS; Sports—Drugs

Connor, Kathleen (Canadian Health Coalition)
Health care, funding, Committee study, **22**:25-33, 35-8

Consumers *see* Health care; Mental health—Community-based care

Consumers' Association of Canada
Background, **23**:19
See also Health care; Native health care—Public education—Self-help; Organizations appearing; Senior citizens health care—Accessibility—Alternative methods—Community-based care

Contandriopoulos, André-Pierre (Individual presentation; Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, University of Montreal)
Health care, funding, Committee study, **23**:4-19

Co-operative health clinics
Abortion referrals, Sask., **20**:26
Accessibility, **20**:12
Advertising, **20**:26-7
Billing system, **20**:13
Canadian Co-operative Association position, **20**:4-8, 14-5
Chiropractors, involvement, **20**:27
Community Health Centre Project/Hastings report, **20**:9-10
Cost-efficiency, **20**:6
Costs, **20**:10-1, 22-5
United States, comparison, **20**:25
Governments, role, **20**:7-8, 16-7

Co-operative health clinics—*Cont.*
Health care professionals, role, **20**:7, 12
Health insurance costs, controlling, **20**:8-9, 25
Members, **20**:14
Prevention, promoting, **20**:5-6, 17-8
Senior citizens, advantages, **20**:12
Staff, **20**:25
See also Fee-for-service payment

Copyright Act *see* Research

Coronary bypass surgery *see* Surgical procedures

Cosmetics *see* Animal experimentation

Courchene, Thomas (Individual presentation; Queen's University)
Health care, funding, Committee study, **53**:66-84

Couture, Clément (PC—Saint-Jean)
References, *in camera* meetings, **54**:5

Crime *see* Abortion—Recriminalization; Senior citizens—Fraud

Culture *see* Canada-USSR Winter Fit Week

Dalzell, Rachel (Consumers' Association of Canada)
Health care, funding, Committee study, **23**:20-1, 30

Danis, Hon. Marcel (PC—Verchères; Minister of State (Fitness and Amateur Sport))
Canada Fitness Week, **33**:6
Canada-USSR Winter Fit Week, **33**:8
Commonwealth Games, **33**:10, 20-1
Fitness, **33**:6-9, 27
Fitness and Amateur Sport Ministry, **33**:5-6, 9, 11-3, 27
Hockey, **33**:28
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **33**:5-32, 35
Nordic Games, **33**:22-3
Olympics, **33**:10, 25-6
Sports
Athletes' rights, **33**:30-1
Consultations, **33**:11-2
Drugs, illegal performance-enhancing, **33**:10, 15-6, 21-2
Funding, **33**:9-12, 14-6, 18, 20-3, 30-2
Goods and Services Tax, **33**:18-9
International competition, **33**:29-30
National unity, **33**:16-7
Native people, **33**:28-9
Participation, **33**:11
Policy, **33**:9
Research, **33**:26, 28
South Africa, **33**:29
Volunteers, **33**:15
Women, **33**:35

Davies, Carolyn (Nurse Practitioner Association of Ontario)
Health care, funding, Committee study, **41**:8-15, 18-34

Daycare *see* Child care

Death and dying
Ambulance Act, resuscitation requirements, **53**:30-1
Long-term care facilities, concerns, **53**:28
Nursing homes, attitude/concerns, **53**:23-4

Death and dying—*Cont.*
Societal acceptance, **53**:24, 37
See also Animal experimentation; Euthanasia; Health care directives; Living wills; Palliative care

Deductibility *see* Health care; Multiple sclerosis; Research—Funding

Deficit *see* Health care—Funding

Delaney, Marielle (Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec)
Health care, funding, Committee study, **16**:22-31

Dementia
Statistics, **39**:6; **48**:9; **53**:6, 37
Treatment, effectiveness, **46**:5-6; **53**:6
See also Alzheimer's disease

Demography
Crisis, **14**:5-6
Demographic review, **11**:6, 8, 24-5; **14**:4-5, 7-8
See also Family; Health care; Immigration; Rural areas; Senior citizens; Senior citizens health care; Women

Department of National Health and Welfare *see* National Health and Welfare Department

Deportation *see* Immigrant women—Marriage

Developing countries *see* Health care—Effectiveness

Devolution *see* Native health care—Transfer

Dicerni, Richard (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **32**:11, 16, 18, 25-6
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **51**:5-6, 8-12, 14-6

Diehl program *see* Health care—Prevention

Dietetics
Funding, **27**:22-3
Private sector services, **27**:22, 24
Training, internships, **27**:26-9, 31-2, 34
See also Community-based health care—Nutrition/dietetics—Rural and remote areas

Dingwall, Dave (L—Cape Breton—East Richmond)
AIDS, **1**:35-7; **28**:12-3
Child care, **1**:37-8; **28**:15
Child health care, **28**:13-4
Children, **28**:16
Community-based health care, **10**:21
Fee-for-service payment, **26**:12-3, 22-3
Health care, funding, Committee study, **10**:13, 20-2; **26**:10-3, 22-5
Hospitals, **26**:22
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **1**:35-8, 57
Estimates, 1990-1991, main, **28**:5, 12-6
Nurses, **26**:23-5
Occupational therapy services, **26**:11-2
Procedure and Committee business
Agenda and procedure subcommittee, M. (Cole), **1**:15
Briefing notes, **10**:20
Ministers, **1**:57

Dingwall, Dave—*Cont.*
Procedure and Committee business—*Cont.*
Organization meeting, **1**:10-1, 13, 15
Quorum, M. (White), **1**:11, 13
References
In camera meetings, **1**:6; **10**:3-4
See also Senior citizens—Abuse
Youth, **28**:14-5

Disabled and handicapped
Fitness program, **5**:6, 42-3
Funding, **45**:29
Housing, **26**:14-7
Technical aids, wheelchairs, vans, purchase, **50**:28
See also Canadian Advisory Council on the Status of Women—Membership—Staff; Labour force; Physiotherapy; Senior citizens health care; Women

Discrimination *see* AIDS; Lesbians; Parliament—Women; Senior citizens; Senior citizens health care—Eligibility; Women

Diseases
Chronic, levels, **15**:6
Degenerative diseases, **16**:22
Psychosomatic, **15**:25-6
See also Fertility rate—Physiological factors; Senior citizens health care—Prevention; Tobacco and tobacco products and *particular diseases by name*

Divorce/separation
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:9
Women, age 55, difficulties, **3**:25-6

Doctors
Clinical/entrepreneurial freedom, **52**:88, 114-5
Drug abuse/suicides, **21**:6
Education, **36**:9-10, 23-4
Medical schools, students from developing countries, training, **35**:11, 18
Foreign-trained, **18**:20; **22**:36-7; **36**:23-4; **38**:16
General practitioners, United States, comparison, **43**:10
Leaving the country, **36**:15-6; **52**:54-5
Malpractice, litigation, **21**:18-9; **48**:30-1, 33; **52**:105; **53**:16, 27-8, 31-2, 71
Peer review, **21**:18-9
Practice guidelines, development, **52**:110-1
Remote areas, practising, **15**:12-5; **20**:20-1; **22**:7, 16, 19, 37; **23**:20; **26**:26-8; **35**:18-9; **36**:10-5; **43**:12
Australia, comparison, **36**:15
Incentives, **36**:12-3
Regulation, effectiveness, **36**:11
Rotation proposal, **36**:13-4
Remuneration based on outcomes, **36**:21-2
Role, science/art, **52**:103-4
Surplus, **15**:6, 14-5; **18**:16-7; **20**:18-9; **21**:5, 22-3; **22**:37; **23**:16-7; **38**:14; **48**:14; **53**:55
Canadian Hospital Association position, **38**:10-2
Canadian Medical Association data base, **36**:4-9, 18, 20, 22
Quebec, **35**:7-8, 17-8
United States, comparison, **43**:11
See also Health care—Costs

Doctors—*Cont.*
United States, comparison, **21**:6; **38**:16; **52**:90-1
See also Doctors—General practitioners—Surplus
See also AIDS—Treatment; Chiropractors; Extra-billing; Fee-for-service payment; Health care; Health care directives; Hospitals; Nurse practitioners; Senior citizens health care

Drown, Daniel H. (Canadian Institute of Child Health)
Health care, funding, Committee study, **17**:4-5, 7, 9-23, 26-30

Drug abuse
Combating, **1**:31-2; **28**:10
See also AIDS; Doctors; Native health care; Psychiatric services—Alcohol; Schizophrenia; Sports

Drug-testing *see* Sports—Drugs

Drugs and pharmaceuticals
Advertising, **42**:6
Canadian Medical Association publication, **15**:22
Computers, use in administration, **13**:10, 38
Costs, **36**:34-5; **39**:23-4; **42**:10, 16; **53**:107-9, 114-6, 124-5
Clozapine, **39**:22-3
Germany, comparison, **52**:97
Pharmacists, role, **36**:25-6
Universal drug plans, effect, **36**:32-3
Funding, provincial jurisdiction, **36**:25
Information, sharing, **36**:28; **42**:15
Over-medication, **20**:18; **36**:33-5
Senior citizens, **4**:34-5; **10**:24-5; **15**:22; **16**:14-5; **18**:7; **36**:28; **42**:10, 16; **53**:123-5
Women, **4**:33-4
Patent protection, relationship, **53**:116-7, 125-6
Prescriptions, limiting number, effect, **52**:85
Public education, **53**:113
Research, **36**:28, 32
Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada position, **53**:108-13, 116-20
Sales, high-pressure, **42**:16-7
Senior citizens, **36**:26
Pain management, **16**:11
Studies, **16**:15
See also Drugs and pharmaceuticals—Over-medication
Testing, **18**:20-1; **36**:34; **42**:17-8
National Health and Welfare Department, Health Protection Branch certification, backlog, **53**:111-2, 120-1
See also Chelation therapy; Health care—Information/data; Hepatitis B; Laetrile; Medical journals; Schizophrenia; Thalidomide

Dubin Inquiry Commission *see* Sports—Drugs

Dugas, Ronald (Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine)
Health care, funding, Committee study, **42**:4-7, 9-23

Duhamel, Ronald J. (L—St. Boniface)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1990-1991, main, **31**:18-20, 23-4

Dunn, Greg (Canadian Chiropractic Association)
Health care, funding, Committee study, **40**:6-8, 10-2, 14-22, 24-7

Economic development
Immigration, relationship, **11**:23-4
Population growth, effect, **11**:13, 35-6
See also Native women

Economy *see* Fitness; Health care; Women

Education *see* Immigrant women

Employment
Full-employment policy, **48**:39-40
Women
Family responsibilities, integration, **3**:8-9
Statistics, **14**:19, 21
See also Canadian Jobs Strategy; Health care; Mental health—Community-based care; Thalidomide—Victim compensation; Women—Family/employment responsibilities

Employment and Immigration Department
Estimates, 1989-1990, main
Vote 25 *see* Canadian Advisory Council on the Status of Women
Vote 35, **3**:29-30
See also Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1990-1991, main
Vote 25 *see* Canadian Advisory Council on the Status of Women
Vote 35 *see* Status of Women Co-ordinator Office
See also Orders of Reference

Employment equity
Background, **29**:5-6
Mandatory requirements, introducing, **3**:17
Other countries, comparison, **3**:28-9
Statistics, **3**:5-6, 13
See also Native women; Public Service

Employment Equity Act
Compliance, **3**:11-3; **29**:12-3
Review, **29**:5

Entrepreneurship
Women
Access to credit, **3**:21-3
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:12; **31**:9
See also Medical research; Small Businesses Loans Act

Environment
Health protection, relationship, **1**:32-3; **15**:6, 23-4; **23**:10
See also Hospitals; Native health care

Environmental sensitivity
Identification as health condition, **4**:7-8; **28**:10, 30

EPF *see* Established Programs Financing

Epidemics *see* AIDS

Erola, Hon. Judith A. (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)
Health care, funding, Committee study, **53**:106-9, 112-8, 120-6

Established Programs Financing *see* Health care—Funding

Ethics *see* Euthanasia; Health care; Hospitals

Euthanasia
Do-not-resuscitate orders, **16**:13; **52**:52, 70
Senior citizens, **16**:10-1
See also Health care directives

Extra-billing
Background, **52**:66-7; **53**:70
Federal government position, **1**:42
Penalties, federal funding withheld, **53**:55
See also Chiropractors—Fees; Research—Funding

Eye care
Canada Health Act regulations, including, **24**:5
Canadian Association of Optometrists position, **24**:5-7
Children, **24**:6
National risk registry, establishing, **24**:6
Poverty/nutrition, relationship, **24**:7, 20-1
Smoking by parents, effect, **24**:20, 24-5
Clinics, necessity, **24**:6
Examinations, **24**:12, 21, 25-7
Age 45 and older, importance, **24**:5
National Health and Welfare Minister, consultant, appointing, **24**:5
Native people, **24**:7, 11-2, 15-7, 26-7
Public education, promoting, **24**:5-6
See also Optometrists

Family
Demographic study, **11**:6, 8, 14-5; **14**:7
Double-income, **11**:9, 14
Promoting, **1**:55-7; **14**:7-8, 13
National Council on Welfare position, **2**:23-4
See also Child care; Children—Tax assistance; Employment—Women; Labour force; Single-parents; Social programs; Women

Family allowances
Benefits
Cost of raising child, relationship, **4**:18-9
High-income earners, taxing back/claw-back, Apr. 27/89
Budget proposal, impact on wife working at home, **29**:14
National Council on Welfare position, **2**:15-6
Funding, **1**:52

Family physicians *see* AIDS

Family violence
Expenditures, **1**:30
Forum, June 18-21/89, **3**:7
National Forum on Family Violence, **1**:30
Native people, **1**:30
Prevention, **28**:10; **29**:7, 14-5
Canadian Association of Social Workers project, **30**:25
Transition houses, funding, **3**:7, 21; **29**:7, 20
See also Children—Sexual abuse; Senior citizens—Abuse; Women—Abuse

Farrant, Sylvia (Canadian Advisory Council on the Status of Women)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **9**:4-29, 31-7

Federal Centre for AIDS *see* AIDS

Federal-provincial relations *see* AIDS; Community-based health care; Drugs and pharmaceuticals—Funding; Fitness; Health care; Occupational therapy services—Children; Senior citizens; Senior citizens health care—Community-based care; Seniors Independence Program—Provinces

Federated Women's Institutes of Canada *see* Child care—Rural areas

Fee-for-service payment
Alternatives, **38**:8-9; **52**:85
Salary system, **15**:19; **20**:19-20
United States, comparison, **20**:20; **43**:10-1; **45**:14-5
See also Health care—Funding, Capitation payment system
Automobile repairs, comparison, **45**:27-9
Baycrest Centre for Geriatric Care position, **42**:37
Canadian Association of Occupational Therapists position, **26**:12-3, 15-6
Canadian Hospital Association position, **36**:8
Canadian Psychiatric Association position, **39**:14-5
Co-operative health clinics, comparison, **20**:6, 9, 13-4
Criticism, **15**:15-6, 18-9; **16**:15-6; **43**:12; **52**:85; **53**:17
Elimination, **52**:85, 99
Hospitals, comparison, **26**:20-3
Nurse practitioners, comparison, **41**:9-10, 18, 26-7
Nurses, comparison, **26**:20
Other countries, comparison, **15**:19
"Overage", **26**:21, 28-9
Quebec, comparison, **23**:16-7; **35**:8, 19
"Shopping around", encouraging, **52**:94-5
United States, comparison, **20**:20; **43**:8-10, 29-30
See also AIDS; Doctors

Feminism
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **31**:9-10

Ferland, Marc (PC—Portneuf)
Health care, funding, Committee study, **22**:23-4, 36-7

Fertility rate
Government policy, **11**:24
Physiological factors, sexually transmitted diseases, **22**:6, 22-3
See also Senior citizens—Demographics

Fetal alcohol syndrome *see* Native health care—Children

Fevang, Leroy (Canadian Pharmaceutical Association)
Health care, funding, Committee study, **36**:24-35

Finegood, Diane (Canadian Federation of Biological Societies)
Health care, funding, Committee study, **53**:88-90

Fitness
Economic importance, merchandising, **5**:7
Federal-provincial relations, **33**:7
Health care costs, reducing, **4**:21; **5**:7, 13; **33**:8-9, 13
Holistic model, "Active Living", **5**:7; **33**:7-8
Levels, "one-in-three Canadians", **5**:5, 11
Survey on Well-Being in Canada, **5**:5, 11, 28-9; **33**:6-7, 23-4
Marketing and promotion, **5**:6-7; **33**:8, 23
ParticipAction program, **5**:13-4, 29

Fitness—*Cont.*
Physical education, promoting, **5**:30; **33**:26-7
See also Canada Fitness Week; Canada-USSR Winter Fit Trek; Disabled and handicapped; Senior citizens health care

Fitness and Amateur Sport Ministry
Bilingual Initiatives Program, **33**:11, 27
Estimates, 1989-1990, main, **5**:4-51
Funding, **4**:20-1; **5**:15-7; **33**:5
Infrastructure, improving, **5**:5-6
International development, "Sport For All" program, **5**:6-7
International relations, **33**:12-3
National Health and Welfare Department, relationship, **33**:9
Policy, **5**:28-30
"Blueprints for Action" program, **5**:6, 11, 29-30
Private sector role, **5**:6, 29
Programs, evaluation, **33**:31-2
Role, **5**:5, 10, 14; **33**:6
Staff, women, **5**:39-40
See also Organizations appearing

Fitness and Amateur Sport Sub-Committee
Background, **33**:35
Committee study, *in camera* meeting, **47**:57
See also Reports to House—Second

FitzGerald, Pamela (Canadian Health Coalition)
Health care, funding, Committee study, **22**:32-4

Fletcher, Susan (National Advisory Council on Aging)
Health care, funding, Committee study, **15**:33-4, 36, 39-40, 42

Fontana, Joe (L—London East)
AIDS, **7**:14-6, 31
Child care, **4**:39-40; **28**:24
Children, **14**:9
Co-operative health clinics, **20**:22-5
Demography, **11**:24-5; **14**:7
Economic development, **11**:35
Family, **14**:7-8
Health care, funding, Committee study, **11**:24-5, 35-7; **14**:7-9; **18**:11-3, 20-1, 31; **20**:22-5
Labour force, **11**:35
Medical Research Council of Canada estimates, 1990-1991, main, **34**:16-9
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **4**:11-5, 39-40
Estimates, 1990-1991, main, **28**:24-5
Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:13-6, 21, 31
Procedure and Committee business
Agenda and procedure subcommittee, M. (Cole), **1**:15
Motions, **1**:23
Order in Council appointments, M. (Halliday), **1**:24-5
Organization meeting, **1**:10, 12-3, 20-1, 23-6
Quorum, **1**:12-4
Witnesses, **1**:20-1
References, *in camera* meetings, **11**:3; **37**:16; **47**:57
Senior citizens health care, **18**:11-3
Seniors Independence Program, **28**:25
Social programs, **11**:36-7
Thalidomide, **4**:11-5
Victim compensation, Committee study, **50**:21-3, 30

Food products
Labelling, **1**:48-50; **28**:12
See also Postal rates; Senior citizens health care—Nutritional and social programs

Food safety
Monitoring, **1**:43, 45-6; **28**:9-10, 12
See also Fruit and vegetables

Forbes, Brian N. (Thalidomide Task Force and Thalidomide Victims Association of Canada)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:19, 30

Fortier, Marie (National Health and Welfare Department)
Health care, funding, Committee study, **10**:16-9, 24

Fortier, Pierre (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **8**:16

Fortin, Luc (Library of Parliament Researcher)
References, *in camera* meeting, **47**:57

Fournier, Marcien (Canadian Medical Association)
Health care, funding, Committee study, **36**:4-5, 10, 14, 23-4

Fraser, Peter K. (Canadian Medical Association)
Health care, funding, Committee study, **36**:10-1, 17, 21-2

Fraud *see* Senior citizens

Fruit and vegetables
Apples, Alar contamination, **1**:43, 46
Grapes, Chilean, contamination, **1**:31

Fulton, Jane (Individual presentation; University of Ottawa)
Health care, funding, Committee study, **15**:4-27

Fyke, Kenneth J. (Greater Victoria Hospital Society)
Health care, funding, Committee study, **13**:4-38

Gander, Nfld. *see* Arrow Airlines

Germany *see* Drugs and pharmaceuticals—Costs

Gill, Thelma (Canadian Association of Occupational Therapists)
Health care, funding, Committee study, **26**:4-7, 9-12, 17-8

Gilmore, Norbert (Individual presentation; McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University)
Health care, funding, Committee study, **52**:28-42, 45-6, 48, 50-1

Girard, Marlène (War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:17

Global Warming Conference, Apr. 23-24/90
Committee members, attending, **24**:4

Glynn, Peter (National Health and Welfare Department)
Health care, funding, Committee study, **10**:6-16, 20-9
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **8**:11, 16, 18, 21-2
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **32**:14-5, 23-5

Gold, Sylvia (Canadian Advisory Council on the Status of Women)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:20
References *see* Canadian Advisory Council on the Status of Women—President
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, **3**:20

Goodine, Wendy (Nurse Practitioner Association of Ontario)
Health care, funding, Committee study, **41**:4-7, 11-2, 15-26, 29, 31-2, 34

Goods and Services Tax
National Council on Welfare position, **2**:9, 17
See also Health care; Occupational therapy services; Research; Senior citizens; Sports

Government appointments *see* Order in Council appointments

Government departments
Co-ordination *see* National Health and Welfare Department

Government departments appearing *see* Organizations appearing

Government expenditures
Cut-backs *see* National Health and Welfare Department—Expenditures

Greater Victoria Hospital Society *see* Organizations appearing

Greene, Barbara (PC—Don Valley North)
AIDS, **28**:22-3; **52**:19-20, 43, 45-6, 109
Animal experimentation, **49**:17-21
Baycrest Centre for Geriatric Care, **42**:37
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:17-20
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1990-1991, main, **31**:11-4, 17, 24-5
Cancer, **26**:31-2; **38**:14-5
Child care, **4**:30-3; **11**:30; **28**:20-2
Child health care, **17**:12-4
Child poverty, **31**:11-2
Community-based health care, **10**:23-4
Dietetics, **27**:31-2
Doctors, **38**:16; **53**:32
Drugs and pharmaceuticals, **53**:116
Eye care, **24**:24-6
Family violence, **29**:14-5
Fee-for-service payment, **16**:16
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:36-8
Health care directives, **53**:38-40
Health care, funding, Committee study, **10**:23-4; **11**:29-30; **13**:26-9; **16**:15-6; **17**:12-4, 21, 27; **21**:28-30; **22**:17-9; **24**:24-7; **26**:24, 30-2; **27**:15-6, 27, 31-3; **30**:11-4, 31-2, 36; **38**:14-6; **41**:11-5; **42**:20, 37-9; **43**:33-5; **45**:36; **49**:17-21; **52**:16, 19-20, 43, 45-6, 71, 73-4, 108-10, 112-3, 123, 129; **53**:32, 40, 48-50, 57-9, 80-1, 102-3, 116, 126
Home care, **41**:11-2
Hospitals, **13**:26-9; **16**:16; **38**:14-5
Immigration, **11**:29
Mandatory retirement, **32**:19
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **4**:30-3; **8**:15-7

Greene, Barbara—*Cont.*
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **28**:20-3, 29; **32**:12, 16-9
New Horizons Program, **32**:17-8
Nurse practitioners, **4**:11
Nurses, **30**:11
Occupational health and safety, **27**:15-6
Old age pensions, **8**:15
Parliament, **3**:19
Procedure and Committee business
Meetings, **52**:73-4
Ministers, M., **53**:57-9
Vice-Chairman, M., **10**:3
REAL Women of Canada, **29**:16
References
In camera meetings, **10**:3-4; **11**:3; **33**:3; **37**:16; **43**:3; **47**:57; **54**:3-6, 8
See also Child poverty—Subcommittee
Registered Retirement Savings Plans, **3**:19-20; **32**:16
Research, **53**:102-3
Senior citizens, **8**:15-7; **32**:17-8
Senior citizens health care, **16**:15-6; **27**:32-3; **30**:12-4; **42**:37-9
Single-parents, **3**:17-8; **4**:30-1
Smoking, **28**:20
Sports, **5**:36-8
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, **3**:17-20
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1990-1991, main, **29**:14-6
Surgical procedures, **21**:28-30; **52**:110
Unemployment insurance, **3**:18
Taxation, **31**:12
Women, **29**:14-6; **31**:12
User fees, **30**:12-3

GST *see* Goods and Services Tax

Guaranteed annual income
National Council on Welfare position, **2**:8, 25-7

Guaranteed Income Supplement
Abuses, **2**:24-5
National Council on Welfare position, **2**:19-20, 22-5, 29-30
Women, main recipients, **2**:29-30

Guarnieri, Albina (L—Mississauga East)
Child health care, **17**:23
Child poverty, **40**:27, 29-30
Health care, funding, Committee study, **17**:23; **19**:9-10, 25; **40**:27, 29-30
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **32**:15
Native health care, **19**:9-10
Native people, **19**:25
References, *in camera* meetings, **10**:3-4; **11**:3; **33**:3; **43**:3
Registered Retirement Savings Plans, **32**:15-6
Senior citizens, **32**:16

Gustafson, Leonard (PC—Souris—Moose Mountain; Parliamentary Secretary to Prime Minister)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **4**:33
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **32**:26

Gustafson, Leonard—*Cont.*
References, *in camera* meetings, **54**:3

Hall commission *see* Optometrists—Training

Halliday, Bruce (PC—Oxford)
Abortion, **9**:32-3
AIDS, **52**:23-4
Animal experimentation, **49**:25
Animal rights movement, **49**:25
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine, **42**:7
Calhoun, R.G., references, **49**:24
Canadian Advisory Council on the Status of Women, **22**:20
Estimates, 1989-1990, main, **9**:30-3
Estimates, 1990-1991, main, **31**:14-7, 22-3
Canadian Health Coalition, **22**:32-3
Canadian Institute of Child Health, **17**:20
Catley-Carlson, M., references, **28**:29
Child care, **22**:20
Child health care, **17**:21-2
Committee, **43**:28; **50**:27-8
Community-based health care, **27**:30; **36**:21
Community health clinics, **41**:31
Dietetics, **27**:28-9
Disabled and handicapped, **5**:42-3; **50**:28
Doctors, **21**:22; **36**:20-1; **53**:32
Drugs and pharmaceuticals, **42**:15-6; **53**:120, 123-4
Environmental sensitivity, **4**:7; **28**:30
Eye care, **24**:21
Fee-for-service payment, **15**:18-9; **26**:28-9
Fertility rate, **22**:22-3
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:42-4
Health care directives, **53**:26, 30
Health care, funding, Committee study, **10**:26-8; **11**:31-3; **12**:11-2; **14**:14-5; **15**:17-9, 39-41; **16**:20-1; **17**:20-2; **19**:13-5; **21**:22-6; **22**:19-23, 32-4; **23**:13-6, 24-7, 30-1; **24**:21-3, 27; **26**:9-11, 28-30; **27**:13-4, 17, 28-30, 36; **30**:17-20, 30, 35-43; **36**:20-2, 35; **39**:16-8, 24-5, 27-30; **41**:11, 30-4; **42**:7, 13, 15-6, 32-4; **43**:25-8; **45**:23-6; **46**:17-22, 30-1; **48**:26, 28; **49**:24-5, 28; **52**:23-4, 61-5, 72, 115-21, 123, 125; **53**:26, 30, 32, 40, 59-60, 84, 99-102, 104, 117, 119-24
Health insurance, **45**:23-4; **52**:64
Hospitals, **52**:115-6
Immunization, **51**:13
Laboratory services, **21**:23
Labour force, **27**:13-4
Ley, references, **27**:17
Maternity benefits, **31**:22
Medical research, **52**:117-21; **53**:117, 119-22
Medical technology, **19**:14-5
Motor vehicle accidents, **17**:20-1
Multiple sclerosis, **28**:30-1
National Action Committee on the Status of Women, **31**:14
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **4**:7-8, 37; **8**:18-20
Estimates, 1990-1991, main, **28**:29-31; **32**:12-5
Medical Services Branch, **12**:11
Native health care, **4**:37; **12**:11-2; **19**:13-4
Nurse practitioners, **41**:30-3

Halliday, Bruce—*Cont.*
Nurses, **30**:17-20, 35, 37
Occupational health and safety, **27**:14, 17
Occupational therapy services, **26**:9
Optometrists, **24**:21-3
Pharmacists, **36**:35
Physicians for Responsible Medicine, **49**:28
Procedure and Committee business
Chairman, M., **1**:8
In camera meetings, **1**:23-4
Ministers, M. (Greene), **53**:59
Order in Council appointments, M., **1**:24-5
Organization meeting, **1**:8-11, 13-6, 18-21, 23-5
Printing, minutes and evidence, M. (Wilbee), **1**:9-10
Questioning of witnesses, M. (Langan), **1**:16
Quorum, M. (White), **1**:11, 13
Subcommittee, **1**:16
Witnesses, **1**:18-21; **26**:18
Psychiatric services, **39**:16-7, 27-8; **46**:19-22, 31
References, **36**:20
In camera meetings, **1**:6; **10**:3-4; **11**:3; **33**:3; **37**:16; **43**:3; **47**:57; **54**:3-8
Research, **53**:99-102, 104
Schizophrenia, **46**:17-9
Senior citizens, **14**:15
Senior citizens health care, **4**:8; **8**:19-20; **11**:31-2; **15**:39-41; **23**:25-6; **32**:12-5; **42**:32; **52**:125
Senior Citizens Ministry of State, **8**:18-9
Sports, **5**:43-4
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1990-1991, main, **29**:23
Surgical procedures, **21**:23-4
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:27-31; **51**:12-4
Tobacco and tobacco products, **11**:32
User fees, **21**:25-6; **22**:33-4; **23**:15, 30-1; **27**:36; **30**:37-8; **39**:18; **42**:32-4; **43**:26-7; **48**:28; **52**:63-4
Women, **29**:23; **31**:16, 22-3
Youth, **9**:30-2

Hansen, Signy (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **8**:9, 14, 17-9

Hansen-des Groseilliers, Margaret (Canadian Association of Optometrists)
Health care, funding, Committee study, **24**:14-5

Harb, Mac (L—Ottawa Centre)
Health care, funding, Committee study, **14**:15-7

Hargrave, Bert
References, **53**:106

Hastings report *see* Co-operative health clinics—Community Health Centre Project

Headstart Program *see* Children—Development

Health
Childhood development, relationship, **48**:4, 19-25, 27, 37-8, 40-3
Definitions, **13**:16-7; **15**:12, 18
Factors, **23**:7-8; **26**:6; **35**:4-5; **45**:27, 33
Health care, importance, **21**:8; **23**:8; **52**:80, 124-5

Health—*Cont.*
Mental health, relationship, **10**:19
Nutrition, relationship, **27**:18-9, 21, 26-8, 36-7; **28**:32-3
Other countries, comparison, **23**:4-5
Poverty, relationship, **24**:19-21; **45**:27; **48**:14-5
Promotion, **26**:5-6
Rural/urban factors, **48**:40-2
See also Child health care; Psychiatric services

Health care
Abuses of system by users, **10**:24; **21**:21; **52**:113; **53**:79-80
Accessibility, **10**:13-4; **13**:11, 16; **38**:5; **52**:68-9; **53**:64-5
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine position, **42**:5-6
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **22**:5-6, 20-1
Canadian Association of Social Workers position, **30**:34-5, 41-3
Canadian Medical Association position, **36**:15-7
Canadian Nurses Association position, **30**:4, 6, 18-9
Consumers' Association of Canada position, **23**:20, 24-5, 28-30
Funding, relationship, **23**:8
Privatization, effect, **52**:97-8
Rationing, **43**:13-8, 32-3
Socio-economic aspects, **43**:22-3, 26-7; **52**:119-20; **53**:60-1
United States, comparison, **45**:11; **53**:64
See also Health care—Universality; Surgical procedures
Acute care *see* Hospitals
Advisory committees, **10**:28-9; **13**:29-31; **23**:16
Consumer representation, Consumers' Association of Canada position, **23**:19, 21, 28-9
Membership, lay representation, **42**:11-3, 22
Advocacy, **42**:22
Alternatives
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine position, **42**:4-5, 7-10, 17-22
Canadian Chiropractic Association, integrated care proposal, **40**:5-7, 9-13, 21, 23-4
Canadian Medical Association position, **36**:17; **52**:113-5
Demonstration projects, **30**:6
Funding, **16**:19-20; **52**:120-1
Provinces, experimentation, **53**:69, 75-6
See also Chelation therapy; Naturopathy
Appropriateness, **10**:14-5; **21**:21-2; **35**:6, 9; **45**:25, 30-3; **52**:81-3, 90
Canadian Medical Association position, **36**:7-8
See also Health care—Accessibility—Alternatives
Charter of health rights, introducing, **23**:13
"Comprehensiveness", discussion, **53**:51
Computers, use, **13**:22; **15**:10; **35**:14; **43**:20, 36; **45**:15-21, 35; **52**:110
Consultations, **30**:26-7
Canadian Chiropractic Association position, **40**:4
Consumers
Responsibility, **15**:22; **43**:24-5; **48**:14, 32-3, 37
See also Health care—Advisory committees
Co-ordination, lack, **13**:17-8; **20**:19; **38**:12-4
Costs, **23**:6-7; **30**:31-2; **42**:5, 10; **53**:107
Account system proposal, issuing notice of individual costs, **20**:21
Cost-benefit analysis, **21**:4, 7-14; **38**:9-10, 23; **45**:7

Health care—*Cont.*
Costs—*Cont.*
Cost-sharing proposal, **53**:51
Crisis, **13**:5, 12-3; **21**:5; **28**:32; **45**:6; **52**:53
Doctors, surplus, relationship, **36**:18-9
Japan, comparison, **23**:6; **45**:7
Last month of life, **15**:20; **52**:54, 69-71; **53**:28-9
Ontario, comparison, **45**:10-1
Other countries, comparison, **15**:6; **23**:4-6; **38**:16-7; **43**:5; **45**:6-7
Public education, **13**:21-2
Reduction, **22**:17-8; **52**:64-5, 77-86, 89-90, 92, 109
Services, relationship, **36**:18-20
United States, comparison, **13**:5; **15**:6; **21**:9-10; **23**:5, 14-5; **38**:16-7; **43**:4-6, 22-3; **45**:7, 13; **48**:6-7, 24, 29; **52**:56, 77, 90-2
See also Laboratory services; Nurse practitioners; Occupational health and safety; Senior citizens health care
Decentralization, **53**:69-70
Deductibility, introducing, **16**:20-1; **19**:14-5, 19-20; **39**:24-7; **43**:16; **52**:64-5, 118-9; **53**:101-2
Delivery systems, **21**:26; **23**:14-5; **30**:39; **36**:19; **38**:5; **45**:31-2; **52**:60, 86-7
Demands on the system, changes, **35**:6; **38**:18; **48**:33
Demographic study, implications, **14**:14-5; **26**:21; **38**:18-9
Doctors
"Gatekeeper role", **22**:28-9, 35-6; **26**:12; **42**:5-6; **45**:18, 20
See also Health care—Costs
Duplication of services, **26**:7; **30**:41; **35**:9; **40**:21
Effectiveness, **21**:7-14, 19-20; **26**:21-2, 30-1; **28**:32; **35**:7; **36**:17-8; **45**:9, 15-6, 25, 30-3; **46**:5-6; **48**:7-9; **52**:83
Developing countries, comparison, **52**:88
Measurement, **45**:7-8, 21; **48**:29, 37; **52**:56, 61, 89
Castonguay position, **35**:8-11, 13-6
Federal-provincial task force proposal, **26**:6
See also Surgical procedures
Employment, statistics, **21**:4-5
Equipment, **35**:5-6, 8, 13
Ethical issues, **52**:52
Expertise, exporting, **52**:53-4, 60-3
Federal government role, **13**:15-6; **15**:6-12, 24-6, 37-9, 42-3; **22**:19; **23**:11-3; **43**:33-4; **53**:42-3, 52, 70, 74, 83
Canadian Health Coalition position, **22**:26-9
Canadian Psychiatric Association position, **39**:11-4
See also Health care—Effectiveness—Prevention
Federal-provincial relations, **10**:26-7; **15**:4, 16-7; **16**:19-22; **53**:75-6, 79-80
See also Community-based health care; Health care—Effectiveness, Measurement
Funding, **4**:8-10, 19-20, 33; **11**:31-5; **13**:10, 21; **15**:20; **23**:9-10; **24**:27; **28**:12, 24, 26; **30**:39-41; **36**:20-2; **45**:29-30; **48**:29-30
Accountability, **52**:126-7
Block funding, **10**:7; **13**:15, 34; **18**:32; **44**:5, 10
Budget, Feb. 20/90, cutbacks, **23**:13; **30**:43-4
Business, health care levy, **45**:11-2
Canada Assistance Plan, relationship, **10**:7; **28**:6
Canadian Association of Occupational Therapists position, **26**:9-11
Canadian Health Coalition position, **22**:26-7
Canadian Hospital Association position, **38**:6-9

Health care—*Cont.*
Funding—*Cont.*
Canadian Nurses Association position, **30**:4, 6-7
Canadian Psychiatric Association position, **39**:17-8, 29-30
Capitation system, comparison, **15**:18; **52**:57, 85
Committee study, **10**:6-29; **11**:5-38; **12**:4-29; **13**:4-29; **14**:4-25; **15**:4-43; **16**:3-31; **17**:4-32; **18**:4-38; **19**:4-26; **20**:4-27; **21**:4-31; **22**:4-38; **23**:4-31; **24**:4-27; **26**:4-33; **27**:4-37; **30**:4-44; **35**:4-20; **36**:4-36; **38**:4-23; **39**:4-31; **40**:4-30; **41**:4-34; **42**:4-41; **43**:4-38; **44**:4-38; **45**:4-36; **46**:4-31; **48**:4-43; **49**:4-35; **52**:4-129; **53**:5-126
In camera meetings, **33**:3; **37**:16; **54**:3-8
Comprehensive Health Organization system, **45**:13, 31-2
Deficit, relationship, **28**:5-6; **48**:40, 42; **52**:65, 106, 112; **53**:48-52, 54-5, 84
Established Programs Financing, **1**:42-4; **11**:25-6; **18**:29; **28**:6; **35**:13-4; **36**:22-3; **43**:33-4; **45**:33-4; **52**:108-9; **53**:44-6, 54-5, 69-70, 81-4, 126
Factors, **52**:111-3
Federal contributions, importance, **52**:106-7; **53**:43-4, 48-50, 52-3, 56-7
Market forces, establishing as basis, **48**:14, 33-5
Mechanisms, **10**:27-8; **15**:11; **35**:10, 12-3
Needs-based, **52**:127-9; **53**:50
Pre-paid group practice, **52**:78-9
Provinces, matching funds, **10**:23; **28**:6; **52**:125-9; **53**:66-7
Public opinion, **15**:4; **30**:4
Sweden, comparison, **52**:64-5
United States, comparison, **48**:9-10; **52**:78-9
Voucher system, **48**:34
See also Health care—Accessibility—Alternatives—Prevention; Health care directives; Reports to House—First; Senior citizens health care
Goods and Services Tax, impact, **11**:25; **23**:26-7; **30**:4; **52**:53, 123
Canadian Association of Social Workers position, **30**:25, 33-6
Health professionals, role, **18**:35-6; **22**:12-3, 17, 24, 27; **23**:8; **26**:16; **30**:18-9; **36**:15-6; **42**:7-8; **53**:68-9
Consumers' Association of Canada position, **23**:21, 23-4, 26-7
Foreign-trained, **22**:29-32
Private practice, **38**:6-8
High technology, impact, **15**:5; **16**:8, 10, 20-1; **22**:28-30; **26**:10-4, 21-2, 30-1; **43**:20-1, 28; **48**:28
See also Health care—Records
Human resources, supply and distribution, Canadian Hospital Association position, **38**:4-7, 14-5, 19-20
Iatrogenicity, **43**:21
Immigrants, **23**:29-30
Translation services, **23**:21
Immigration, impact, **11**:19
Information/data, **21**:5-6, 19-20; **45**:9, 15-20, 33-5; **52**:55, 61; **53**:80
Disclosure, **42**:6, 9, 15
Drug and pharmaceutical companies, only national information source, **52**:93-7
Institutionalization, **10**:23; **28**:33; **40**:11-2; **53**:68-9
Nurse Practitioner Association of Ontario position, **41**:12-5
See also Child health care—Hospitalization; Home care; Mental health; Schizophrenia; Senior citizens health care

Health care—*Cont.*
Litigation, **15**:5; **21**:18-9
Lobbyists, **21**:6
Management, **43**:23-5, 36-7; **45**:6, 9-22; **52**:56, 71
Decentralization, **52**:126-7
Guidelines, **45**:17-8, 20, 22, 34-5
"Outcomes management" system, **45**:15-21, 25
United States, comparison, **45**:12-3
"Wimp management", **45**:8-10, 29
See also Hospitals
Non-medical professionals, role, **30**:26
Ombudsman, **42**:14
Ontario government position, **45**:6; **48**:26-7
See also Health care—Costs—Records—Taxation
Other countries, comparison, **52**:99-102, 123-4
Patient attitudes, **15**:5; **21**:6-7, 15-8; **45**:10; **52**:76, 93-4, 96
Patients' bill of rights proposal, **42**:6
Philosophy, **13**:5, 11-2, 37; **30**:29; **35**:5
Social services, collaboration, **15**:7-8; **30**:26-31, 36-7; **53**:76
Wellness, emphasizing, **53**:67-8
Policy, **15**:20; **21**:5; **23**:8-9; **38**:11, 28-9; **44**:24
Canadian Nurses Association position, **30**:6-7
Co-ordination, **52**:124-5
Cost-benefit model, **15**:10-1
Housing, transportation, etc., including, **15**:6, 20, 23-4
Medical model, **15**:8-9, 11, 28; **16**:9; **18**:26, 35-6; **22**:23-4; **23**:9; **30**:5, 27; **42**:8
National health council, establishing, **44**:24
National mechanism, establishing, **21**:31
Options, **52**:87-90
Social model, **15**:9-10; **23**:21, 29; **30**:26-7
Prevention, **30**:27; **42**:13-4
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine position, **42**:4-6
Cost-efficiency, **43**:21-2; **52**:55-6
Diehl program, **42**:10-1
Federal government role, **15**:7; **22**:26-7
Funding, **1**:43-4
Importance, **11**:32; **28**:32
See also Co-operative health clinics; Native health care; Senior citizens health care
Privatization, **13**:29-30; **23**:14-5, 23; **35**:10-2, 19-20; **48**:9-10, 13-4, 36; **52**:67, 77, 92-3, 107, 117; **53**:70-1
Castonguay remarks, **23**:14
See also Health care—Accessibility
Provincial governments
Programs/measures, **48**:26-8
See also Health care—Alternatives—Funding
Psychosocial problems, **30**:36-7
Public education
Consumers' Association of Canada position, **23**:20-1, 29-30
Japan, comparison, **23**:9
See also Health care—Costs
Public participation, improving, **53**:72-3
Quality of life factors, **21**:11-2; **23**:9; **38**:18-9; **46**:18; **52**:81-3, 85-6, 96, 102-3, 105
Canadian Psychiatric Association position, **39**:12-3
Quebec, comparison, **10**:13; **22**:19; **23**:16-7; **35**:5-7, 12-3; **48**:26, 40-1; **52**:100, 102, 113; **53**:67
Rachlis book, *Second Opinion: What is Wrong With Canada's Health Care System?*, Naylor review, **53**:59-61

Health care—*Cont.*
Records
Ontario, individual identity cards, **53**:80-1
Smart cards, **45**:21-2, 24, 34-6; **53**:68, 71, 80; **53**:122-3
Regional aspects, **15**:28-9; **43**:32-6; **52**:126-8
Regulation, effect, **35**:7
Self-regulation, **52**:87, 95
Rural/remote areas, **10**:13, 15; **22**:15-6
Consumers' Association of Canada position, **23**:20-3
Manitoba, **14**:23-4
See also Women—Health care
Services, broadening, **22**:9, 27; **26**:5, 17; **30**:6
Social workers, role, **30**:26-31, 38
Socio-economic factors, **41**:8-9; **45**:5, 22-3; **48**:4-7, 9-15, 19-28, 35-7, 39-43; **52**:77-8, 80
Britain, studies, **48**:15-6, 18-20
Japan, comparison, **48**:17-8
Other countries, comparison, **48**:17
Sweden, comparison, **48**:16-7
See also Health care—Accessibility
Standards, **15**:17-8; **16**:20; **52**:61
National standards, **1**:43; **43**:34; **53**:46-50, 54-6, 70, 74, 82-3
Other countries, comparison, **4**:9; **10**:19; **22**:21-2, 33; **28**:31; **36**:17-9; **53**:107
United States, comparison, **22**:35
Studies, **10**:13
Taxation
Income tax, health services included on T4 slips, **53**:71-2, 76-8
Ontario health tax, impact, **52**:58
United States, comparison, **52**:75-9, 87-8, 100; **53**:47
United States, patient transfers, **45**:14, 25-7; **52**:63, 65-7, 107
Universality, **1**:42, 44; **23**:8; **36**:23-4; **42**:33; **45**:14-5, 33; **52**:109
United States, comparison, **52**:54-5
User satisfaction, **43**:23-4, 34-5
See also Accidents; Child health care; Community-based health care; Community health clinics; Co-operative health clinics; Environment; Fitness; Health; Holism; Immigrant women; Native health care; Northwest Territories; Palliative care; Tobacco and tobacco products; Women

Health care directives
Benefits, **53**:38
Canadian Bar Association position, **53**:34
Competency, measurement, **53**:24-5, 39-40
Definitions, levels of care categories, **53**:11-3, 35-7
Doctors, attitude, **53**:13-9
Do-not-resuscitate orders, comparison, **53**:8, 11, 40-1
Funding, **53**:26, 29-30
Legal precedents, **53**:33-4
Blood transfusion issue, comparison, **53**:7-8
Quinlan case, **53**:7, 12
Legislation, **53**:29, 32-4, 38
Living wills, comparison, **53**:8-9, 34-5
Patient attitudes, **53**:18-9
Philosophical basis, patient-driven, **53**:5-7, 29, 35
Power of Attorney, comparison, **53**:7
Public education, **53**:26-7, 29-30, 38
Studies, **53**:9-13, 16-7, 24-6
Idlewyd manor, Hamilton, Ont., study, **53**:9, 19-23

Health care practitioners
Training/regulation, **10**:19

Health care workers *see* AIDS—Prevention—Transmission; Co-operative health clinics

Health clinics *see* Community health clinics; Co-operative health clinics

Health insurance
Basic insured services, **45**:23-4
Co-insurance, **13**:7; **52**:64-5
See also Co-operative health clinics; Medicare; Physiotherapy—Physiotherapists, Private practice; Senior citizens health care—Costs

Health Sharing magazine
Funding, cutbacks, **29**:11-2

Heart attacks
Aspirin, effect, **48**:8-9

Heidemann, Elma (Canadian Hospital Association)
Health care, funding, Committee study, **38**:4-11, 13-23

Hemophiliacs *see* AIDS—Blood supply

Hepatitis B
Vaccine, costs, **53**:115

Herbal medicines
Testing, **18**:19

High-technology *see* Health care

Hillier, Lynden (Canadian Co-operative Association)
Health care, funding, Committee study, **20**:4-8

Hockey
Participation, decline, **33**:27-8

Holism
Health care, relationship, **26**:32-3
See also Fitness and Amateur Sport Ministry; Senior citizens health care

Home care
Institutionalization, comparison, **41**:13-5
Nurse practitioners, role, **41**:11-2
See also Palliative care; Senior citizens health care—Institutionalization

Homeless *see* Schizophrenia

Homemakers
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:12
Recognition, **29**:23-5
See also Family allowances; Pensions; Senior citizens health care—Care-givers

Homosexuals *see* AIDS—Prevention—Victims

Horning, Al (PC—Okanagan Centre)
Health care, funding, Committee study, **42**:10-1, 22
References, *in camera* meeting, **37**:16

Hospitals
Accountability, **43**:6
Acute care/chronic care, **15**:25-6; **52**:57
Beds/population ratio, **21**:7

Hospitals—*Cont.*
Acute care/chronic care—*Cont.*
Canadian Medical Association study, **18**:29
Reactivation services, **16**:17
Senior citizens, **13**:10, 18, 22-3; **15**:32-4, 36-7; **16**:16-8
United States, comparison, **13**:5-6, 23-4, 31-2
Victoria Health Project, **10**:12-3, 19-21; **13**:8-12, 26-9, 32-6; **18**:24, 29; **23**:20, 27
Administrators, salaries, **35**:11
Admissions, VICARE program, comparison, **10**:27-8; **13**:9
Bed closures, lack of staff, **38**:5, 19; **52**:58
Competition, **13**:14-5, 19-20; **45**:14
Construction, **13**:10; **15**:11; **52**:58
Costs, factors, **42**:5
Canadian Hospital Association position, **38**:20-2
United States, comparison, **45**:13
Day hospitals *see* Senior citizens health care
Doctors, use, **15**:15; **20**:14, 18-9
Efficiency, **48**:30
Emergency departments
Cost reductions, **52**:115-7
Double visits, **38**:22
Information, refusal to give over telephone, **15**:15-6
Overcrowding, **38**:14-5
User fees, Quebec, etc., **13**:18-9; **23**:17-8; **52**:113-4; **53**:45-6, 73-6, 79
Environmental committees, establishing, **52**:58
Ethics committees, **52**:58, 68
Extramural hospitals, N.B., **30**:6, 17
Funding, global budgets, **43**:6, 9-10, 18, 37
Labour unions, monopoly, effect, **35**:14-5
Length of stay, **15**:13-4; **35**:14; **38**:18; **43**:7-8; **52**:57
Obstetrics, **13**:26
Statistics, **13**:6; **43**:6-7
Management, **13**:17-8, 23, 25-6
Co-operative, **52**:57
Cost-efficiency/patient care, **13**:36-7; 43;7-8, 37
United States, comparison, **43**:9-12; **45**:13-4
See also Hospitals—Acute care/chronic care, Victoria Health Project
Out-patient care, increasing, **52**:59-60
Resources, **13**:35; **43**:6
Role, **23**:8
Staff *see* Hospitals—Bed closures
Teaching hospitals, role, **26**:22, 32-3
User fees, **23**:16; **48**:28-9
See also Hospitals—Emergency departments
Utilization committees, **52**:57
Volunteers, role, **18**:28; **52**:59
See also Child health care; Fee-for-service payment; Native health care—Children; Women's College Hospital

House of Commons
Committees, quorum, difficulties, **40**:27-30

Housing
Social housing, cut-backs, **3**:20-2
See also Disabled and handicapped; Health care—Policy; Mental health—Community-based care; Single-parents—Women; Senior citizens

Human resources development task force
Establishing, **29**:8

Human rights *see* Health care—Ombudsman—Patients' bill of rights; Sports—Drugs, Drug-testing

Hurst, Craig (Canadian Mental Health Association)
Health care, funding, Committee study, **44**:4-8, 11, 13-4, 16, 18-9

Hysterectomies *see* Surgical procedures

Idlewyd Manor, Hamilton, Ont. *see* Health care directives—Studies

Immigrant women
Educational and professional credentials, recognition, **29**:28
Health care, **22**:10, 12-4
Integration, **3**:27; **31**:10
Marriage, breach of promise, deportation, **29**:27-8
See also Language training programs

Immigrants *see* AIDS—Testing; Health care; Mental health; Senior citizens health care

Immigration
Criteria, **14**:11-2
Demographic study, **11**:6, 20; **14**:16-7, 22-3
Policy
Liberalization, **11**:23
National Advisory Council on Aging position, **15**:39
Regional aspects, **11**:20-1, 29; **14**:12-3, 15-7, 19-21
See also Economic development; Health care; Senior citizens—Demographics

Immunization
Untoward reactions, victim compensation, **51**:13-4
See also AIDS—Drugs; Hepatitis B; Influenza

In camera meetings *see* Procedure and Committee business

Income security
National Council on Welfare position, **2**:7
See also Guaranteed annual income

Income tax
Returns, senior citizens, volunteer assistance, **32**:27
See also Family allowances; Health care—Taxation; Medical research; Multiple sclerosis; Old age pensions; Registered Retirement Savings Plans; Social programs—Benefits—Delivery; Sports—Funding

Indexation *see* Social programs—Benefits, Threshold; Welfare—Benefits

Influenza
Senior citizens, pension cheques, inoculation notices, **42**:35

Inquiries *see* Committee studies and inquiries

Insurance *see* Health insurance; Sports

Intellectual property *see* Patents

Interest rates
Reduction, **3**:16, 20

International relations *see* Fitness and Amateur Sport Ministry

Japan *see* Health care—Costs—Public education—Socio-economic factors; Life expectancy; Productivity

Jews *see* Senior citizens—Demographics

Johnson, Ben *see* Sports—Drugs, Dubin Inquiry Commission

Jones, Barry (Individual presentation)
Health care, funding, Committee study, **46**:4-31

Jones, Jean (Consumers' Association of Canada)
Health care, funding, Committee study, **23**:19-20, 22-9, 31

Karpoff, Jim (NDP—Surrey North)
Abortion, **38**:12
AIDS, **52**:16-8, 35-6
Animal experimentation, **49**:12-3, 15; **53**:96-7
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine, **42**:7
Community health clinics, 41;9
Death and dying, **53**:28
Doctors, **21**:18; **38**:10, 12; **53**:31-2
Drugs and pharmaceuticals, **53**:114-5
Fee-for-service payment, **41**:9; **45**:27-8
Health, **45**:27
Health care directives, **53**:24
Health care, funding, Committee study, **13**:29-30, 35; **14**:11-4, 19-20, 25; **16**:17-9, 26; **21**:18, 20, 25; **38**:10, 12-3, 15, 18; **41**:8-9; **42**:7-9, 29-31; **45**:27-8; **46**:13-6; **49**:12-3, 15-6; **52**:16-8, 35-6, 67, 69-70, 91-5, 108; **53**:24, 28-9, 31-2, 46, 52-4, 58, 76-8, 80, 82, 96-8, 101, 105, 114-5
Hepatitis B, **53**:115
Hospitals, **13**:35; **53**:76
Immigration, **14**:112, 19-20
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **8**:12-5
Nurses, **13**:31
Population, **14**:11
Poverty, **8**:13; **14**:12; **16**:18-9
Procedure and Committee business
Meetings, **51**:4
Ministers, M. (Greene), **53**:58
Psychiatric services, **46**:14-5
References, *in camera* meetings, **47**:57; **54**:3-8
Research, **53**:97-8
Rural areas, **14**:25
Schizophrenia, **46**:13-6
Senior citizens, **8**:14-5; **14**:13-4
Senior citizens health care, **16**:17-8, 26; **42**:29-31
Senior Citizens Ministry of State, **8**:12
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **51**:4, 8-10, 15
User fees, **21**:20

Keough, Kevin M.W. (Canadian Federation of Biological Societies)
Health care, funding, Committee study, **53**:85-8, 98-105

Keyes, Stan (L—Hamilton West)
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:28, 33-5, 45

Kilger, Bob (L—Stormont—Dundas)
Community-based health care, **26**:7-8
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:19, 21-2, 45, 50
Health care, funding, Committee study, **15**:35; **26**:7-8
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **33**:16-9, 31
Procedure and Committee business, organization meeting, **1**:10

Kilger, Bob—*Cont.*
References, *in camera* meeting, **10**:3
Senior citizens health care, **15**:35
Sports, **5**:19, 21-2, 50; **33**:16-9, 31

Koury, Allan (PC—Hochelaga—Maisonneuve)
References, *in camera* meeting, **14**:3

Laboratory services
Costs, **21**:5, 23
Senior citizens, **21**:27-8

Laboratory workers *see* AIDS—Prevention

Labour force
Aging, **27**:4-10
Dependency ratio, **14**:10-1, 15
Disabled and handicapped, **27**:13-4
Family, representation, **11**:35
See also Occupational health and safety

Labour unions *see* Hospitals

Laetrile
Testing/approval, **42**:18

Lambert, Gérard (Canadian Association of Optometrists)
Health care, funding, Committee study, **24**:4-5

Landry, Leo-Paul (Canadian Medical Association)
Health care, funding, Committee study, **36**:10, 12-4, 22-3

Langan, Joy (NDP—Mission—Coquitlam)
AIDS, **4**:15-7
Arrow Airlines, **4**:17-8
Breast cancer, **1**:53; **4**:19; **6**:5-6; **28**:27-8
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:23, 25; **9**:28-9, 36
Cancer, **6**:6
Child care, **3**:23, 25; **4**:35-7; **28**:27-9
Child health care, **17**:10-1, 29
Entrepreneurship, **3**:23
Family allowances, **1**:52; **4**:18
Fee-for-service payments, **15**:14-5; **23**:17
Health care, funding, Committee study, **15**:14-6, 42; **17**:9-11, 29-30; **19**:11-3, 19-20; **23**:16-7, 23-4
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:5-8
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **1**:52-4; **2**:9, 11-2, 30-2; **4**:15-9, 35-7
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **28**:26-9
Native health care, **17**:30; **19**:11-3, 20
Nurses, **15**:16
Old Age Security, **1**:54
Pensions, **3**:23
Poverty, **2**:30-2; **3**:23
Procedure and Committee business
Meetings, **1**:26
Order in Council appointments, M. (Halliday), **1**:24-5
Organization meeting, **1**:9-10, 12, 14, 16-22, 24-6
Printing, minutes and evidence, M. (Wilbee), **1**:9-10
Questioning of witnesses, M., **1**:16
Quorum, **1**:12, 14
Witnesses, **1**:17-22
References, *in camera* meeting, **10**:3-4

Langan, Joy—*Cont.*
Senior citizens health care, **15**:42; **23**:24
Social programs, **2**:9, 11-2
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, **3**:23, 25
Toxic substances, **6**:7-8
United Nations Convention on the Rights of the Child, **28**:26
Welfare, **1**:52-3
Women, **9**:28-9

Language training programs
Immigrant women, **3**:7, 27

Lavoie, Joe N. (Individual presentation; Care Med International)
Health care, funding, Committee study, **52**:52-71

Law, M.M. (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **1**:49-50, 53; **4**:7-8, 19, 24, 34-5

LeBlanc, Francis (L—Cape Breton Highlands—Canso)
References, *in camera* meetings, **54**:7

Leggat, Sandra (Baycrest Centre for Geriatric Care)
Health care, funding, Committee study, **42**:24-6, 28-31, 34-40

Lesbians
Sexual orientation
Canadian Charter of Rights and Freedoms, including, **3**:15
Discrimination, **9**:18; **29**:33; **31**:10

Ley, Dorothy (Individual presentation; Canadian Medical Association Committee on Health Care for the Elderly)
Health care, funding, Committee study, **16**:4-22
References, **27**:17

Liberal Party *see* Thalidomide—Victim compensation

Life centres
Introducing, **52**:60

Life expectancy
Women, Japan, comparison, **23**:6, 10-1
See also Native people

Liston, A.J. (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department, Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:4, 18, 28-9
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **51**:12-4

Litigation *see* Doctors—Malpractice; Health care

Littlechild, Willie (PC—Wetaskiwin)
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **33**:27-9

Living wills *see* Health care directives

Lobbyists *see* Health care

Lomas, Jonathan (Individual presentation; Centre for Health, Economics and Policy Analysis, McMaster University)
Health care, funding, Committee study, **52**:80-8, 90, 93, 95-100, 102-7, 110-1, 113-7, 120-1, 124-9

Long-term care facilities *see* Death and dying

Lynch, Gillian (National Health and Welfare Department)
Health care, funding, Committee study, **12**:4-29

Madore, Odette (Library of Parliament Researcher)
References, *in camera* meetings, **43**:3; **47**:57; **54**:3-6, 8

Maheu, Shirley (L—Saint-Laurent; L—Saint-Laurent—Cartierville)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **9**:24, 34-5
Community-based health care, **35**:15-6
Health care, funding, Committee study, **21**:26; **36**:15-7
REAL Women of Canada, **9**:35
Senior citizens health care, **35**:16-7
Surgical procedures, **21**:26

Maintenance orders
Enforcement, **3**:18

Makosky, Lyle (Fitness and Amateur Sport Ministry)
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:20-1, 32-3, 39-40, 42, 49-50
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **33**:19, 28, 32-4

Maloff, Bretta (Canadian Dietetic Association)
Health care, funding, Committee study, **27**:24-5, 27-30, 32-3, 35-6

Malpractice *see* Doctors

Mandatory retirement
Senior citizens, **8**:5; **11**:37; **32**:19
Women, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:9

Manitoba *see* Health care—Rural/remote areas; Population

Marketing *see* Fitness

Marks, Leonara (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)
Health care, funding, Committee study, **53**:113

Marmor, Theodore R. (Individual presentation; School of Organization and Management, Yale University and Fellow of the Canadian Institute for Advanced Research)
Health care, funding, Committee study, **52**:75-9, 87, 89-103, 105-8, 110-6, 119, 121-5, 127-9

Marriage *see* Immigrant women

Martin, Paul (L—LaSalle—Émard)
Advisory Council on the Status of Women and Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, **3**:20-2
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **8**:8-9

Marwick, Thomas E. (Canadian Co-operative Association)
Health care, funding, Committee study, **20**:8-27

Maternity benefits
Adoptive parents, **29**:7; **31**:21-2
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:7
See also Unemployment insurance

McAllister, Elizabeth *see* Women—Discrimination, Gender sensitization

McCormick, Christopher (Native Council of Canada)
Health care, funding, Committee study, **19**:4-26

McCue, Dorothy (Native Council of Canada)
Health care, funding, Committee study, **19**:13-4

McCurdy, Howard (NDP—Windsor—St. Clair)
Medical Research Council of Canada estimates, 1990-1991, main, **34**:5-8, 14-6

McDougall, Hon. Barbara Jean (PC—St. Paul's; Minister of Employment and Immigration)
Abortion, **3**:16
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:4-29
Canadian Jobs Strategy, **3**:17
Child care, **3**:6, 24-5
Employment equity, **3**:17, 28-9
Employment Equity Act, **3**:12-3
Employment, women, **3**:8-9
Entrepreneurship, **3**:22-3
Family violence, **3**:7
Housing, **3**:21-2
Immigrant women, **3**:27
Interest rates, **3**:16
Language training programs, **3**:7, 27
Lesbians, **3**:15
Maintenance orders, **3**:18
Native women, **3**:9
Parliament, **3**:19
Pay equity, **3**:5-6, 13
Pensions, **3**:6, 23-4, 26
Poverty, women, **3**:23-4
Procedure and Committee business, witnesses, **3**:20
Public Service, employment equity, **3**:7-8, 12
REAL Women of Canada, **3**:15-6
Refugee status, **3**:21
Registered Retirement Savings Plans, **3**:20
Reproductive technologies, **3**:7, 10-1, 14-5
Secretary of State Department Women's Program, **3**:15-6
Single-parents, **3**:17-9
Small Businesses Loans Act, **3**:28
Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1989-1990, main, **3**:4-29
Expenditures, **3**:8
Role, **3**:4-5
Training programs, **3**:9
Unemployment insurance, **3**:6, 14, 18
Women, status, equality, **3**:8-10

McDougall, Gail (Canadian Association of Social Workers)
Health care, funding, Committee study, **30**:23-6, 28-35, 37, 40-4

McGarry, Jacqueline (Canadian Association of Occupational Therapists)
Health care, funding, Committee study, **26**:8-9, 11, 13, 16-7

McGuire, Joe (L—Egmont)
References, *in camera* meeting, **10**:4; **33**:3

McKerracher, Finlay (Association of Canadian Teaching Hospitals)
Health care, funding, Committee study, **26**:18-33

McKinnon, Dorothy (Canadian Institute for Advanced Research)
Health care, funding, Committee study, **48**:25

McMaster University
Reputation, **45**:5

McMurtry, Robert Y. (Individual presentation; University of Calgary)
Health care, funding, Committee study, **21**:4-31

McMurtry, Roy *see* Sports—International competition, Commonwealth working group

Media *see* Native people—Newspapers

Medical journals
Drug company sponsorship, **45**:20

Medical laboratories *see* AIDS—Federal Centre for AIDS

Medical model *see* Health care—Policy; Senior citizens health care

Medical Reform Group
Rachlis, relationship, **53**:42

Medical research
Administration, **52**:59
Canadian reputation, **49**:6-7
Clinical research, **6**:5, 9-10; **34**:11-3
Co-operative research, **34**:10, 13-4
Entrepreneurial research, criticism, **52**:89
Faculty/researchers, shortage, **34**:7-8, 18-9
Funding, **36**:19-20; **52**:86, 117-22; **53**:50-2
Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada position, **53**:121-2
Income tax status, definitions, **53**:117-20
Medical Research Council of Canada grants
Applications, **6**:5, 8; **34**:14
Peer review committee, **6**:8, 16-20; **34**:9-10
Collaboration with other funding agencies, **34**:5
Funding, **6**:4-5
United States, comparison, **34**:8
Matching grants, private sector involvement, **6**:5, 15-7; **34**:4-6, 8-9, 16-8, 20
Medical schools, percentage of recipients, **34**:14-6
Press releases, including dollar amount, **6**:10
Regional breakdown, **6**:14-5; **34**:20
University-industry program, **34**:5-7
Women recipients, **6**:13-4
Non-medical providers, relationship, **6**:18, 20
See also AIDS; Alzheimer's disease; Animal experimentation; Cancer; Cardio-vascular research; Child health care; Drugs and pharmaceuticals; Herbal medicines; Laetrile; Multiple sclerosis; Nervous system; Osteoporosis; Psychiatric services; Schizophrenia

Medical Research Council of Canada
Administration costs, **6**:8
Centres of Excellence Program, **34**:4
Estimates, 1989-1990, main, **6**:4-23
Estimates, 1990-1991, main, **34**:4-20
Funding, **34**:4, 11
Public awareness, **34**:19-20
Staff, numbers, **34**:5
Women, representation, **6**:6-7, 11-3
See also AIDS—Research, Funding; Medical research; Organizations appearing

Medical schools
Admissions, quotas, **6**:22
See also Senior citizens health care

Medical technology
Costs, **4**:10
Effectiveness, **11**:27, 34; **19**:14-5; **28**:32; **53**:6

Medical tests
Number, reliability, **52**:104-5
Overuse, **13**:6-7, 38; **15**:5

Medicare
Federal government position, **53**:43, 47-8
Historical background, **53**:43-4, 83
National Council on Welfare position, **2**:8
Pagtakhan remarks, **53**:50-1
Premiums, **13**:32
See also Co-operative health clinics—Health insurance

Members of Parliament *see* Native health care

Meme breast implant
Safety, **28**:18-9

Men *see* Canadian Advisory Council on the Status of Women—Staff; Women—Status/equality

Mental health
Community-based care
British Columbia, **44**:10-1
Canadian Mental Health Association position, **44**:4-8, 15
Consumer network, establishing, **44**:6
Costs, **44**:18
De-institutionalization process, **44**:8-9; **46**:8-9
Employment issues, **44**:11
Federal government role, **44**:4, 6-7
Funding, **44**:5-10, 15
Housing, **44**:11
Information/data base, establishing, **44**:7, 10
Patients with acute problems, suitability, **44**:25-6
Penitentiaries, costs, comparison, **44**:12
Pilot projects, **44**:7, 16-7
Private sector involvement, **44**:17
Rural and remote areas, **44**:19-20
Volunteers, importance, **44**:19-20
Immigrants, services, **10**:15
Institutionalization, number of beds, adequacy, **44**:12-3
Patients
Cyclical, **44**:16
Independence, capabilities, **44**:17-8
Professionals, shortage, **44**:19
Resources, **45**:29
Canadian Association of Social Workers position, **30**:25
See also Health; Psychiatric services; Schizophrenia

Mepham, Virginia (Individual presentation)
Health care, funding, Committee study, **53**:27

Midwifery
Nurse practitioners, role, **41**:24

Mitchell, Margaret Anne (NDP—Vancouver East)
Abortion, **22**:11-2
Community health clinics, **22**:12
Health care, funding, Committee study, **22**:11-3, 24-5, 28-30

Mitchell, Margaret Anne—*Cont.*
Nurses, **22**:29-30
Senior citizens health care, **22**:24-5
Women, **22**:12

Molloy, D.W. (Individual presentation; Memory Clinic, McMaster University)
Health care, funding, Committee study, **53**:5-41

Monteith, Ken (PC—Elgin)
References, *in camera* meeting, **10**:3

Montreal, Que. *see* AIDS—Conferences

Moore, Barry (PC—Pontiac—Gatineau—Labelle; Parliamentary Secretary to Minister of State (Small Business and Tourism))
References, *in camera* meeting, **10**:4

Moore, Jim (National Health and Welfare Department)
Health care, funding, Committee study, **12**:12-3, 17, 19-21, 23-5

Mortality rates
Studies, **48**:16-8, 23
See also Child health care—Infants; Cholesterol; Life expectancy; Native health care—Children; Retirement; Women

Motor vehicle accidents
Children, victims, **17**:6-9, 12, 14-5, 17-8, 27-8
Parents, role, **17**:18-20
School buses, **17**:20-1
Seat belts, **17**:20-1

Multiculturalism *see* Community-based health care; Senior citizens; Senior citizens health care—Immigrants/ethnic minorities

Multiple sclerosis
Research, **34**:11
Treatment, swimming pools and air-conditioners, income tax deductibility, **28**:30-1

Municipalities *see* Senior citizens

Murphy, Claude (War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:20

Murphy, E. Michael (National Health and Welfare Department)
Health care, funding, Committee study, **11**:9-21, 35-7; **14**:4-15, 17-25

Murphy, Paul (Thalidomide Victims Association of Canada)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:27

Mussallem, Helen (Victorian Order of Nurses of Canada)
Health care, funding, Committee study, **18**:21-2, 26-7, 30, 35

Mustard, Fraser (Canadian Institute for Advanced Research)
Health care, funding, Committee study, **48**:4-43

Myers, Brenda (Canadian Physiotherapy Association)
Health care, funding, Committee study, **44**:25-37

National Action Committee on the Status of Women
Funding, **31**:14
See also Canadian Advisory Council on the Status of Women

National Advisory Council on Aging
Background, **15**:27, 35-6
See also Immigration—Policy; Organizations appearing; Senior citizens health care—Costs—Demographic changes

National Advisory Council on AIDS
Re-structuring, **1**:29, 40

National Council on Welfare
Background, membership, **2**:4-9
See also Budget; Family—Promoting; Family allowances; Goods and Services Tax; Guaranteed annual income; Guaranteed Income Supplement; Income security; Medicare; Old age pensions; Organizations appearing; Pensions; Sales tax credit; Social programs *passim*; Taxation; Working poor

National Forum on Family Violence *see* Family violence

National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **1**:27-58; **2**:4-34; **4**:4-40; **8**:4-23
Votes 35, 40 and 45 *see* National Health and Welfare Department—Health Protection Program
Votes 55 and 60 *see* Fitness and Amateur Sport Program
Votes 65 and 70 *see* Medical Research Council of Canada
See also Orders of Reference
Estimates, 1990-1991, main, **28**:5-34; **32**:4-27; **33**:5-35
Votes 30 and 35 *see* Medical Research Council of Canada
Expenditures, **28**:5
Cuts, Budget, Apr. 27/89, effect, **1**:27-8
Funding, increase, **1**:29
Government departments, co-ordination, **1**:47-8
Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:4-32
Medical Services Branch
Native people, employment, **12**:16-8
Role, **12**:11
See also Native health care; Northwest Territories
Programs, **1**:28
See also Drugs and pharmaceuticals—Testing; Fitness and Amateur Sport Ministry; Organizations appearing; Thalidomide—Victim compensation

National Health and Welfare Minister *see* Eye care

National Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women Committee *see* Committee

National Health Research and Development Program
Role, **21**:31

National unity *see* Olympics; Sports

Native Council of Canada *see* Native health care—Transfer; Organizations appearing

Native health care
Accessibility, **12**:11-2; **19**:22; **22**:8; **23**:29-30
Adult care services, **12**:10
Children, **17**:5
Fetal alcohol syndrome, **12**:24-6; **19**:5
Hospitalization, effectiveness, **17**:8
Infants, perinatal mortality, **17**:15, 25; **19**:41; **22**:17
Nutrition, **17**:25-6
Policy, community involvement, **17**:26, 30
Community health representatives, nurses, etc., **12**:5, 14, 28-9; **20**:21-2; **23**:20

Native health care—*Cont.*
Community health services, **12**:5; **19**:5
Consultations, **19**:7-8, 16-7
Crisis, **19**:4-5
Drug and alcohol abuse, treatment, **4**:37-9 **12**:6, 12, 24-7; **19**:10-1, 22; **24**:17
Environmental health services, **12**:6
Facilities, **12**:6, 15-6
Funding, **12**:9, 21-2
Health boards, native people representation, **19**:5, 17-21
Health professionals, training, **19**:5-6, 11-2, 21-5
Information, data base, establishing, **12**:18-9; **19**:7, 24-5
Jurisdiction, **19**:6-7, 16
Lifestyle problems, **12**:9-10
Members of Parliament role, **19**:20-1
National Health and Welfare, Medical Services Branch role, **12**:4-11
Non-insured health benefits, **12**:5
Off-reserve services, **19**:8, 10-1, 13
Other countries, comparison, **19**:13-4
Prevention, **12**:10
Public education, Consumers' Association of Canada position, **23**:20
Self-help, promoting, Consumers' Association of Canada position, **23**:21
Traditional healers, **12**:22-3, 26; **19**:9-10, 12
Transfer of responsibility to communities, **12**:7-8, 11-3, 19, 23-4; **15**:20
Native Council of Canada position, **19**:5-8, 12-3, 25-6
Treaty obligations, **12**:21
Women, **12**:13-6; **22**:13-4
See also AIDS; Eye care; Optometrists—Training

Native people
Life expectancy, **19**:4
Newspapers, funding cutbacks, **19**:19; **30**:25
Royal commission, establishing, **29**:28-30
Suicide rate, **19**:4, 25
See also Child care; Family violence; National Health and Welfare Department—Medical Services Branch; Sports

Native women
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **31**:10
Economic development, **3**:9; **29**:6
Employment equity, **29**:6
See also Breast cancer; Native health care

Naturopathy
Practice banned, **42**:17-8

Nault, Robert D. (L—Kenora—Rainy River)
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **32**:16, 19-21, 26

Naylor, David (Individual presentation; Sunnybrook Health Centre and University of Toronto)
Health care, funding, Committee study, **43**:4-38
References *see* Health care—Rachlis

Nervous system
Research, **6**:10-1, 20-1

New Brunswick *see* Hospitals—Extramural hospitals

New Horizons Program
Funding, **28**:19-20; **30**:9; **32**:17-22

New Zealand *see* Commonwealth Games (1990)

Newspapers *see* Native people

NHRDP *see* National Health Research and Development Program

Nicholson, J. David (National Health and Welfare Department)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **4**:17, 38-9

Nolte, Judith (Canadian Advisory Council on the Status of Women)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **9**:19-20

Non-governmental organizations *see* Senior citizens

Nordic Games
Thunder Bay, Ont., funding, **33**:22-3

North York, Ont. *see* Child care

Northern Canada *see* Nurse practitioners; Postal rates

Northwest Territories
Health care, **38**:16-7
National Health and Welfare Department, Medical Services Branch role, **12**:13

Nurse Practitioner Association of Ontario
Background, **41**:15
Canadian Nurses Association, relationship, **41**:16
Membership, **41**:23
Registered Nurses Association of Ontario, relationship, **41**:16
See also Community health clinics; Health care—Institutionalization; Organizations appearing

Nurse practitioners
Collaborative approach, **41**:5, 27-9, 33-4
Definition, **41**:4, 19-20
Doctors, relationship, **41**:18-9, 30-1
Financial impact on health costs, **41**:6-8, 15
Legal liability, **41**:17, 30-1
Licensing, **41**:17
Medical/social problems, "wellness", overlapping approach, **41**:8-9, 29-30
Medical specialists, relationship, **41**:21-2
Northern Canada, services, **41**:21, 24-6
Payment, **41**:21, 23
Capitation system, **41**:17-8, 20, 32-3
See also Fee-for-service payment
Provincial governments position, **41**:19
Public health services, relationship, **41**:11-2
Role, **41**:5-7, 16
Studies, **43**:10
Training, **41**:15-6, 22-3, 31-2
See also Home care; Midwifery; Nurses—Number

Nurses
Education
Continuing, **15**:16
University, **26**:19; **30**:11-2, 15; **52**:56
Feminization of profession, **26**:19, 23-4
Foreign-trained, **22**:36-7

Nurses—*Cont.*
Licensed Practical Nurses, comparison, **13**:34-5; **15**:23; **18**:37; **30**:35, 37
Number, **10**:18-9; **13**:6, 24-5; **15**:6, 16; **21**:6; **22**:29-30; **26**:18-9, 25-6; **38**:14-5
Atlantic provinces, **10**:25-6
Canadian Nurses Association position, **30**:7, 10-2, 17-8, 21-3
Nurse practitioners, impact, **41**:6
Quebec, **30**:21-2; **35**:8
Public Service, salaries, **10**:26
Recognition, **26**:24-5, 27; **30**:10, 15-6; **35**:8
Registered Nurses
All-RN staffing, **26**:19
Alternate staffing, **13**:31; **18**:37
Role, **18**:38; **22**:30-1; **30**:12
Canadian Nurses Association position, **30**:6-7, 19-20
Salaries, **15**:16; **18**:30-1, 37; **30**:10-2, 15, 23
Shift work, **26**:23-4, 26-7; **30**:15
Alternative, case management system, **26**:19-20, 27
See also Fee-for-service payment; Native health care—Community health representatives

Nursing homes *see* Death and dying; Palliative care

Nutri-System
Weight-loss program, credibility, **27**:26

Nutrition *see* Alzheimer's disease; Community-based health care; Dietetics; Eye care—Children, Poverty/nutrition; Health; Native health care—Children; Senior citizens health care

Oat bran
Health benefits, **18**:17-8

Obstetrics *see* Hospitals—Length of stay

Occupational health and safety
Aging workers, **27**:4-7
Statistics, **27**:10
Health care costs, relationship, **27**:14-7
Problem areas, **27**:17

Occupational therapy services
Children, federal-provincial advisory committee, establishing, Canadian Association of Occupational Therapists proposal, **26**:5
Funding, **26**:6, 10
Goods and Services Tax, impact, **26**:6-7
Role, **26**:9-12
Training, **26**:17-8

Official languages policy/bilingualism *see* Fitness and Amateur Sport Ministry

O'Hashi, Jack (Canadian Medical Association)
Health care, funding, Committee study, **36**:13, 16-7, 19-20

Old age pensions
Benefits, high-income earners, taxing back/claw-back, Apr. 27/89 Budget proposal, **8**:10, 15-6; **32**:9, 11-2
National Council on Welfare position, **2**:15, 18-21
See also Influenza

Olney, Marie (Thalidomide Victims Association of Canada)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:29

Olympics
Calgary, Alta., 1988 Winter Games, national unity, promoting, **33**:13
Toronto, Ont., 1996 Summer Games bid, funding, **33**:10, 13, 17, 25-6

Ombudsman *see* Health care

Ontario *see* Health care

Oordt, Mary D. (Canadian Mental Health Association)
Health care, funding, Committee study, **44**:4, 8-9, 11-20

Optometrists
Dispensing services, **24**:22-4
Group practice, increase, **24**:14-5
Number
Rural areas, **24**:18-9
Shortage, **24**:6, 9-10
Training
Atlantic provinces, school, establishing, **24**:10, 17-8
Federal funding, **24**:18
Native students, **24**:11, 18-9
University schools, establishment, **24**:9
Cost, **24**:21-2
Hall commission recommendations, **24**:8
Western provinces, school, establishing, **24**:7, 10-1
Women, **24**:12-4

Order in Council appointments
Women, representation, **29**:22-3
See also Procedure and Committee business

Orders of Reference
Canadian Advisory Council on the Status of Women
Estimates, 1989-1990, main, **1**:3
Estimates, 1990-1991, main, **28**:3
Employment and Immigration Department
Estimates, 1989-1990, main, votes 25 and 35, **1**:3
Estimates, 1990-1991, main, votes 25 and 35, **28**:3
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **1**:3
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **28**:3
Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1989-1990, main, **1**:3
Estimates, 1990-1991, main, **28**:3

Organization meeting *see* Procedure and Committee business

Organizations appearing
Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec, **16**:22-31
Association of Canadian Teaching Hospitals, **26**:18-33
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine, **42**:4-23
Baycrest Centre for Geriatric Care, **42**:23-40
Canadian Advisory Council on the Status of Women, **3**:20; **9**:4-37; **22**:4-25; **31**:4-25
Canadian Association of Occupational Therapists, **26**:4-18
Canadian Association of Optometrists, **24**:4-27
Canadian Association of Social Workers, **30**:23-44
Canadian Centre for Occupational Health and Safety, **27**:4-17
Canadian Chiropractic Association, **40**:4-27
Canadian Co-operative Association, **20**:4-27

Organizations appearing—*Cont.*
Canadian Council on Animal Care, **53**:90-7, 104
Canadian Dietetic Association, **27**:18-36
Canadian Federation of Biological Societies, **53**:85-90, 98-105
Canadian Health Coalition, **22**:25-38
Canadian Hospital Association, **38**:4-23
Canadian Institute for Advanced Research, **48**:4-43
Canadian Institute of Child Health, **17**:4-31
Canadian Medical Association, **36**:4-24
Canadian Mental Health Association, **44**:4-20
Canadian Nurses Association, **30**:4-23
Canadian Pharmaceutical Association, **36**:24-35
Canadian Physiotherapy Association, **44**:21-37
Canadian Psychiatric Association, **39**:4-31
Consumers' Association of Canada, **23**:19-31
Fitness and Amateur Sport Ministry, **5**:20-1, 32-3, 39-40, 42, 49-50; **33**:19, 28, 32-4
Greater Victoria Hospital Society, **13**:4-38
Medical Research Council of Canada, **6**:4-22; **34**:4-20
National Advisory Council on Aging, **15**:27-43
National Council on Welfare, **2**:4-34
National Health and Welfare Department, **1**:49-50, 53; **4**:7-8, 17-9, 24, 34-5, 38-9; **7**:4-22, 24-31; **8**:9, 11, 14, 16-9, 21-2; **10**:6-29; **11**:9-21, 35-7; **12**:4-29; **14**:4-15, 17-25; **32**:11, 14-6, 18, 23-6; **51**:5-16
Native Council of Canada, **19**:4-26
Nurse Practitioner Association of Ontario, **41**:4-34
Partners in Research, **49**:4-35
Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada, **53**:106-26
Status of Women Co-ordinator Office, **3**:29; **29**:13, 18, 26
Thalidomide Victims Association of Canada, **50**:16-7, 19, 24-5, 27, 29-30
Victorian Order of Nurses of Canada, **18**:21-37
War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force, **50**:4-32
See also individual witnesses by surname

Osteoporosis
Research, funding, **8**:6

Oulton, Judith A. (Canadian Nurses Association)
Health care, funding, Committee study, **30**:9, 13-4, 16-7, 22-3

Pagtakhan, Rey (L—Winnipeg North)
Abortion, **9**:25-7
AIDS, **52**:12-4, 26-7, 47-8, 50-1
Alzheimer's disease, **42**:34
Animal experimentation, **49**:31-5
Canada Health Act, **52**:106
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **9**:25-7, 30, 36-7
Canadian Mental Health Association, **44**:14
Child health care, **17**:8-9
Child poverty, **40**:29-30
Chiropractors, **40**:21-5
Community-based health care, **13**:13-4; **18**:28-30; **39**:22
Doctors, **18**:20; **52**:103-4
Drugs and pharmaceuticals, **18**:20-1; **39**:22
Employment, **48**:39-40
Extra-billing, **52**:66-7
Fee-for-service payment, **38**:8-9; **42**:37
Fertility rate, **11**:24

Pagtakhan, Rey—*Cont.*
Health, **48**:37-8
Health care directives, **53**:40-1
Health care, funding, Committee study, **11**:22-4; **13**:12-4, 31-4, 38; **16**:19, 28; **17**:8-9; **18**:20-1, 27-31, 37; **38**:7-9, 20-3; **39**:10-2, 17, 21-3; **40**:21-5, 29-30; **41**:15-9, 34; **42**:11-2, 22, 34-7; **44**:14-8, 29-33; **48**:35, 37-40; **49**:31-5; **52**:12-4, 26-7, 47-8, 50-1, 65-8, 72, 103-7; **53**:40-1, 50-1, 57-8, 62-3, 74-6
Hospitals, **13**:14, 31-3; **18**:29; **38**:20-2; **52**:68; **53**:74-5
Immigrant women, **29**:27-8
Immigration, **11**:23
Influenza, **42**:35
Medical tests, **13**:38; **52**:104
Medicare, **13**:32; **53**:50-1
Mental health, **44**:15-8
Motor vehicle accidents, **17**:9
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **1**:58
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **32**:23-5, 27
Native health care, **17**:8
Native people, **29**:28-9
Nurse Practitioner Association of Ontario, **41**:15-6
Nurse practitioners, **41**:16-9
Nurses, **13**:34; **18**:30-1, 37
Physiotherapy, **44**:29-33
Population, **11**:23
Postal service, **32**:25
Procedure and Committee business, ministers, M. (Greene), **53**:58
Psychiatric services, **39**:10-1, 21, 23
References
In camera meetings, **10**:4; **43**:3; **54**:3-6, 8
See also Medicare
Senior citizens, **16**:19; **32**:23
Senior citizens health care, **16**:28; **18**:30-1; **42**:36
Seniors Independence Program, **32**:24-5, 27
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1990-1991, main, **29**:27-9
Surgical procedures, **42**:22
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:18-20; **51**:10-2, 15-6
Unemployment insurance, **9**:26, 37
User fees, **52**:67-8; **53**:62-3

Palliative care
Federal government role, **4**:24
Home care costs, **18**:24
Nursing homes, including palliative care facilities, **53**:24
Senior citizens, attitudes, **53**:18-9

Pape, Bonnie (Canadian Mental Health Association)
Health care, funding, Committee study, **44**:15

Parents *see* Family; Motor vehicle accidents—Children

Parliament
Women, participation, children, affecting, **3**:19
See also AIDS

ParticipAction *see* Fitness—Marketing

Partners in Research
Background, **49**:10-1
See also Organizations appearing

Patents
Intellectual property, protection, legislation, **53**:106, 112
See also Drugs and pharmaceuticals; Research

Pay equity
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:8, 17

Peer review *see* Medical research—Medical Research Council of Canada grants, Applications

Penitentiaries *see* Prisons

Pennington, Edward J. (Canadian Mental Health Association)
Health care, funding, Committee study, **44**:10-1

Pensions
Homemakers, **3**:26
National Council on Welfare position, **2**:8
Private pensions, **2**:19-20
Public pensions system proposal, **2**:20-1
Women
Access, **3**:6
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:9
Elderly, **3**:23-4
See also Pensions—Homemakers
See also Canada Pension Plan; Guaranteed Income Supplement; Influenza; Old age pensions; Registered Retirement Savings Plans

PEP *see* Promoting Elders Participation project

Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada
Background, **53**:106-7
See also Drugs and pharmaceuticals—Research; Medical research—Funding; Organizations appearing; Research

Pharmacists
Education, additional facilities, **36**:27, 32
Other countries, comparison, **36**:35
Pharmacy technicians, relationship, **36**:27-8
Reimbursement, alternatives, **36**:27
Shortage, **36**:27, 29
Women, **36**:27-31
See also Drugs and pharmaceuticals—Costs

Phinney, Beth (L—Hamilton Mountain)
Canadian Centre for Occupational Health and Safety, **27**:10
Drugs and pharmaceuticals, **13**:38
Health care, funding, Committee study, **13**:37-8; **15**:41-2; **23**:27; **26**:6; 27:10; **30**:42; **38**:19-20
Hospitals, **38**:19
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **8**:17-8
Occupational therapy services, **26**:6
References, *in camera* meetings, **54**:3
Senior citizens, **8**:17-8
Senior citizens health care, **15**:41-2; **23**:27

Physical education *see* Fitness

Physicians *see* Doctors

Physicians for Responsible Medicine
Background, **49**:28-9

Physiotherapy
Access, direct, **44**:23, 30-1
Community-based care, **44**:34
Delivery system, alternate work arrangements, **44**:22, 24
Funding, **44**:34-6
National standards, establishing, **44**:29-30
Physiotherapists
Attrition rate, **44**:28, 31, 37
Disabled and handicapped, **44**:32-3
Education, **44**:22-3, 25-7
Non-Canadians, **44**:28
Private practice, **44**:34-7
Insurability, **44**:27, 31
Re-entry programs, **44**:23, 25-6, 32
Role, **44**:21-2
Shortage, **44**:22-3, 25, 33-4
Support personnel, **44**:24, 28-9
Women, percentage, **44**:23, 25-6, 37
Public education, **44**:26-7

Planned Parenthood Federation of Canada
Funding, withdrawal, **22**:7

Plews, Nancy (Canadian Physiotherapy Association)
Health care, funding, Committee study, **44**:21-5, 27-30, 32-7

Pneumocystis carini pneumonia *see* AIDS—Drugs

Polio *see* Animal experimentation

Population
Manitoba, **14**:23-4
Optimal levels, **11**:23
Quebec, **11**:12-3
Regional distribution, **14**:11-3
See also Demography; Economic development; Rural areas

Porter, Bob (PC—Medicine Hat; Chairman)
Abortion, **31**:11
AIDS, 7:32; **12**:27-8; **28**:12; **52**:15
Animal experimentation, **49**:31; **53**:95
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine, **42**:7
Baker, references, **27**:37
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:20; **9**:4, 29, 32
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1990-1991, main, **31**:11, 25
Canadian Centre for Occupational Health and Safety, **27**:7
Cancer, **23**:10
Child health care, **17**:25, 30
Child poverty, **40**:28, 30
Chiropractors, **40**:7, 16, 20-1
Committee, travel, **12**:29
Doctors, **35**:17-8; **38**:14; **53**:27-8
Drugs and pharmaceuticals, **39**:23-4; **53**:124-6
Environment, **23**:10
Eye care, **24**:12
Fitness, **33**:13
Fitness and Amateur Sport Program estimates, 1989-1990, main, **5**:18-9, 50-1
Fitness and Amateur Sport Subcommittee, **33**:35

Porter, Bob—*Cont.*
Food products, **28**:12
Food safety, **28**:12
Global Warming Conference, Apr. 23-24/90, **24**:4
Guaranteed Income Supplement, **2**:24
Halliday, references, **36**:20
Hargrave, references, **53**:106
Health care, funding, Committee study, **10**:6, 20, 29; **11**:35, 38; **12**:11, 16, 27-9; **13**:4, 12, 18, 39; **14**:4, 15; **15**:12, 26-7; **17**:7, 25, 30; **18**:11, 18, 27, 33, 38; **19**:9; **22**:38; **23**:9-10, 27; **24**:4, 12; **27**:7, 17, 23, 36-7; **30**:23, 43-4; **35**:11-2, 17-8, 20; **36**:9, 15, 20, 24, 29; **38**:4, 14, 18; **39**:23-4; **40**:7, 13, 16, 20-1, 27-8, 30; **41**:7-8, 15, 34; **42**:7, 22, 29, 40-1; **43**:37-8; **44**:20-1, 25; **45**:22-3; **46**:9, 22-3, 28; **49**:4, 12, 31; **52**:15, 72-4, 79, 107-9; **53**:27-8, 58-9, 63-5, 95, 104-6, 124-6
Hospitals, **13**:18
House of Commons, **40**:27-8, 30
Income tax, **32**:27
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:8, 21
Medical Research Council of Canada estimates, 1990-1991, main, **34**:8
Mental health, **44**:19-20
Motor vehicle accidents, **17**:7
National Health and Welfare Department
Estimates, 1989-1990, main, **1**:27, 35, 57-8; **2**:24, 34; **4**:37
Estimates, 1990-1991, main, **28**:12, 16, 33; **32**:7, 27; **33**:13-4, 35
Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:32
Native health care, **12**:28
Nurse practitioners, **41**:7-8, 15
Nurses, **18**:38; **30**:23
Nutrition, **28**:33
Occupational health and safety, **27**:17
Olympics, **33**:13
Patents, **53**:106
Pharmacists, **36**:29
Physiotherapy, **44**:25
Procedure and Committee business
Agenda and procedure subcommittee, M. (Cole), **1**:14-5
Briefing notes, **10**:20
Estimates, **2**:34; **3**:29
In camera meetings, **1**:23-4
Meetings, **1**:26; **51**:4-5; **52**:72-4
Members, **1**:10
Ministers, **1**:35, 57-8
Motions, **1**:23
Organization meeting, **1**:8-11, 13-26
Prime Minister speaking in House, **10**:23, 29
Printing, minutes and evidence, M. (Wilbee), **1**:8-9
Questioning of witnesses, M. (Langan), **1**:16
Quorum, **1**:10-1, 13-4
Slide presentation, **15**:26
Staff, M. (Wilbee), **1**:15-6
Subcommittee, **1**:17
Witnesses, **1**:17-21
Psychiatric services, **39**:9; **46**:9
References
Election as Chairman, **1**:8

Porter, Bob—*Cont.*
References—*Cont.*
In camera meetings, **1**:6; **10**:3-4; **11**:3; **37**:16; **43**:3; **47**:57; **54**:3-8
Schizophrenia, **46**:9, 22, 28
Senior citizens, **8**:8; **13**:4; **18**:27; **42**:40-1
Senior citizens health care, **10**:20; **42**:29
Senior Citizens Ministry of State, **32**:7
Smoking, **27**:17; **28**:12
Sports, **33**:13
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, **3**:20
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:17-8, 31-2
User fees, **35**:12

Post-traumatic stress disorder *see* Arrow Airlines

Postal rates
Commercial rate increase, effect on essential foods in Northern Canada, **12**:19-21

Postal service
Super mailboxes, senior citizens, difficulties, **32**:25
See also AIDS—Public education programs, Mail-drop

Postlewaite, Gordon (Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada)
Health care, funding, Committee study, **53**:109-12, 114-26

Poston, Jeff (Canadian Pharmaceutical Association)
Health care, funding, Committee study, **36**:31-2, 34-5

Poverty
Canadian Dietetic Association position, **27**:20-1
Causes, **14**:12
Level, **2**:30-2
Women, elderly, **3**:23-4; **8**:13-4; **16**:5, 18-9; **32**:6, 8
See also Child health care; Child poverty; Eye care—Children; Health; Working poor

Power, Shirley (Canadian Dietetic Association)
Health care, funding, Committee study, **27**:18-23, 34

Prescriptions *see* Drugs and pharmaceuticals

Press releases *see* Medical research—Medical Research Council of Canada

Preventive medicine *see* Fitness—Health care costs; Health care—Prevention; Senior citizens health care—Prevention

Prison for Women
Closure, **29**:33-4

Prisons *see* AIDS—Drug abuse—Prevention; Mental health—Community-based care

Privacy *see* AIDS—Information—Testing; Health care—Information/data

Private sector *see* AIDS; Dietetics; Fitness and Amateur Sport Ministry; Medical research—Medical Research Council of Canada grants, Matching grants; Mental health—Community-based care; Senior citizens health care; Sports—Funding

Privatization *see* Health care

Procedure and Committee business
Agenda and procedure subcommittee
Establishing, M. (Cole), **1**:14-5, agreed to, 5
Reports
First, **1**:6-7, agreed to
Second, **1**:7, agreed to
Third, **7**:3, agreed to
Fourth, **10**:3, agreed to
Fifth, **10**:4, agreed to
Sixth, **10**:4, agreed to
Seventh, **11**:3, agreed to
Eighth, **21**:3, agreed to
Ninth, **54**:5-6, agreed to
Briefing notes, officials providing, circulating, **10**:19-20
Briefs, appending to minutes and evidence, **50**:3, agreed to
Business, commencing early in new session, written request of House Leaders, **54**:4, agreed to
Chairman, election, M. (Halliday), **1**:8, agreed to, 4
Conference proceedings, audio cassettes, acquiring, **54**:4, agreed to
Estimates, vote
Carried, **3**:29-30
Standing, **2**:34; **3**:29
Film/video presentation, **7**:4; **26**:4
In camera meetings, **1**:6-7; **7**:3, 32; **8**:3; **9**:3; **10**:3-4; **11**:3; **21**:3; **33**:3; **37**:16; **43**:3; **47**:57; **54**:3-8
Transcript, storage/destruction at end of session, **1**:23-4
Meetings
Notice, **1**:12
Scheduling, **1**:26; **52**:72-4
Suspending, M. (Cole), **51**:4-5, agreed to, 3
Members, introduction, **1**:10
Ministers
Additional meetings, requesting, **1**:34-5, 57-8
Inviting
M. (Clancy), **29**:27, agreed to, 3
M. (Greene), **53**:57-9, stood, 3
Motions, standing, no seconder required, **1**:23
Order in Council appointments, clerk, distributing resumés, M. (Halliday), **1**:24-5, agreed to, 5
Organization meeting, **1**:8-26
Prime Minister speaking in House, meeting adjourning, **10**:23, 29
Printing
Minutes and evidence, M. (Wilbee), **1**:9-10, agreed to, 4
Amdt. (Langan), **1**:9-10, agreed to, 4
Report to House, 1000 copies, tumble bilingual format, **47**:57, agreed to
Questioning of witnesses, time limit, M. (Langan), **1**:16, stood, 5
Quorum, **1**:13-4
Meeting and receiving/printing evidence without
M. (White), **1**:10-3, withdrawn, 4
M. (White), **1**:13, agreed to, 5
Reports to House
Draft
Adopting, **37**:16, agreed to; **47**:57, agreed to
Consideration, **54**:3-8
Government response, requesting, **47**:57, agreed to
Room, smoking/non-smoking, M. (White), **1**:25-6, agreed to, 5

Procedure and Committee business—*Cont.*
Slide presentation, slides, copies, requesting, **15**:26
Smoking *see* Procedure and Committee business—Room
Staff, Library of Parliament researchers
Commendation, **27**:37
M. (Wilbee), **1**:15-6, agreed to, 5
Steering committee *see* Procedure and Committee business—Agenda and procedure Subcommittee
Subcommittee, establishing, **1**:16-7
Travel, scheduling, **37**:16, agreed to
Vice-Chairman, election,
in absentia, M. (Ricard), **1**:8, agreed to, 4
M. (Greene), **10**:3, agreed to
Witnesses
Appearances, government/non-government witnesses, inappropriate at same time, **3**:20
Child care expenses, Committee paying, **54**:3
Expenses, Committee paying
M. (White), **1**:17-21, agreed to, 5
M. (Halliday), **26**:18, agreed to, 3
Travel advances, **1**:18-21
M. (Langan), **1**:22-3, stood, 5
M. to stand (Cole), **1**:23, agreed to, 5

Productivity
Japan, comparison, **48**:22

Promoting Elders Participation project *see* Senior citizens health care—Community-based health care, Victorian Order of Nurses of Canada

Prosthetics *see* Thalidomide

Provinces *see* Drugs and pharmaceuticals—Funding; Federal-provincial relations; Health care—Funding; Nurse practitioners; Social programs—Delivery; United Nations Convention on the Rights of the Child

Psutka, Dennis A. (Individual presentation; McMaster University)
Health care, funding, Committee study, **45**:4-36

Psychiatric services
Add-on services, effect, **39**:8, 21-2
Alcohol and drug abuse, relationship, **39**:9
Community-based care, Canadian Psychiatric Association position, **39**:5, 8-9, 11, 18-20
Foreign-trained practitioners, **39**:23, 27-8
Funding, consultations, **39**:9
Health promotion, relationship, **39**:7
Indirect services, **39**:7
Manpower shortages, **39**:6, 23
Multidisciplinary approach, **39**:30-1
National strategy, **39**:6
Non-medical professionals, role, **39**:8
Practitioners
Remuneration, **46**:8, 10-2, 14-5, 21-2, 30
Canadian Psychiatric Association position, **46**:31
Burn-out rate, **46**:12
Moving to U.S., **46**:19-21
Shortage, **46**:9-10
Research, importance, **46**:20-1
Rural and remote areas, **39**:6-7, 9-10, 14

Psychiatric services—*Cont.*
Senior citizens, Canadian Psychiatric Association position, **39**:4-5, 7-9, 15-6, 25-7, 30-1
Training, importance, **39**:8-11
United States services, increasing use, **39**:16-7
Youth, "street kids", **39**:21

PTSD *see* Post-traumatic stress disorder

Public education *see* AIDS; Canadian Advisory Council on the Status of Women; Drugs and pharmaceuticals; Eye care; Health care; Health care directives; Native health care; Physiotherapy; Senior citizens health care

Public health services *see* Nurse practitioners

Public opinion *see* Animal experimentation; Health care—Funding

Public Service
Employment equity, **3**:11-2
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:11, 18-20
Task Force on Barriers to the Employment and Promotion of Women in the Public Service report, **3**:7-8; **29**:6
See also AIDS—Policy; Nurses

Quebec *see* Child health care—Community health centres—Hospitalization; Community-based health care; Doctors—Surplus; Fee-for-service payment; Health care; Hospitals—Emergency departments; Nurses—Number; Population; Senior citizens health care—Day hospitals

Quebec Association of Day Care Hospitals Coordinators *see* Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec

Queen's University *see* AIDS—Youth

Quinlan, Karen *see* Health care directives—Legal precedents

Rachlis, Michael (Individual presentation)
Health care, funding, Committee study, **53**:42-58, 61-5
References *see* Health care; Medical Reform Group

REAL Women of Canada
Funding, **3**:15-6; **29**:16
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:14-5, 19, 35-6

Recreation *see* Senior citizens

Refugee status
Women, children left in homeland, **3**:20-1

Regional development
Sweden, comparison, **14**:13-4

Regions *see* Child care; Child health care—Infants—Standards; Health care; Immigration; Medical research—Medical Research Council of Canada grants; Population; Senior citizens health care

Registered Nurses Association of Ontario *see* Nurse Practitioner Association of Ontario

Registered Retirement Savings Plans
Cash-conversion, income tax, **32**:15-6
Women, single, **3**:19-20

Regulation *see* Animal experimentation; Chiropractors; Doctors—Remote areas; Health care

Rehabilitation
Professionals, shortage, **10**:19

Reid, Ross (PC—St. John's East; Parliamentary Secretary to Minister of Fisheries and Oceans)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **2**:25-6

Reports to House
First, health care, funding, **37**:3-15
Second, *Amateur Sport: Future Challenges,* **47**:1-57

Reproductive health
Accessibility, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **22**:6-7
Infertility, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **31**:8

Reproductive technologies
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:10, 12
Royal Commission of Inquiry into New Reproductive Technologies, **1**:31, 48; **3**:7; **4**:10; **29**:7
Abortion, including in terms of reference, **3**:11; **4**:22-3
Funding, **3**:10-1, 14-5; **4**:21-2
Members, **3**:11
Staff, hiring, **29**:10-1

Research
Copyright Act, impact, **53**:88, 102-3
Federal government role, **1**:46-7
Funding
Canadian Federation of Biological Societies position, **53**:86-7
Deductibility, introducing, **53**:101-2
Extra-billing, impact, **53**:100-1
Other countries, comparison, **53**:97-9
Priorities, **52**:54
Goods and Services Tax, impact, **53**:87, 104-5
Patent protection, relationship, **53**:87, 99-100
Personnel, training, **53**:85-6
Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada position, **53**:106, 108-9
See also Animal experimentation; Canadian Advisory Council on the Status of Women; Child care; Children—Sexual abuse; Drugs and pharmaceuticals; Medical research; Sports

Retirement
Early retirement, **27**:9
Mortality rates, relationship, **14**:17-9
See also Mandatory retirement; Senior citizens

Ricard, Guy (PC—Laval)
Procedure and Committee business, organization meeting, **1**:8, 10, 20

Ritchie, Judith (Canadian Nurses Association)
Health care, funding, Committee study, **30**:4-8, 10-23

Rivard, Marie-France (Canadian Psychiatric Association)
Health care, funding, Committee study, **39**:13-7, 20-1, 26, 29, 31

Robinson, Svend J. (NDP—Burnaby—Kingsway)
AIDS, 7:22-6
National Health and Welfare Department, Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, 7:13-4, 17, 22-6

Roe, Donna (Victorian Order of Nurses of Canada)
Health care, funding, Committee study, 18:23-5, 28-9, 31-7

Rogers, Rix *see* Children—Sexual abuse

Rowsell, Harry (Canadian Council on Animal Care)
Health care, funding, Committee study, 53:90-7, 104

Roy-Arcelin, Nicole (PC—Ahuntsic; Vice-Chairman)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, 3:26-7; 9:33-4
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1990-1991, main, 31:20-1
Child health care, 17:28-9
Diseases, 15:25
Doctors, 36:23
Drugs and pharmaceuticals, 36:35
Fitness, 33:27
Fitness and Amateur Sport Ministry, 33:27
Estimates, 1989-1990, main, 5:47
Health care, funding, Committee study, 12:24, 27; 15:25; 16:29-31; 17:28-9; 18:36; 19:21-2; 20:15; 23:17-8, 29-30; 30:21; 36:23, 35
Hospitals, 23:17-8
Immigrant women, 3:27
Maternity benefits, 31:21
Medical research, 6:22
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, 6:22
Medical Research Council of Canada estimates, 1990-1991, main, 34:11-3
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, 8:22-3
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, 32:22; 33:26-7
Native health care, 12:24, 27; 19:21-2; 23:29-30
Nurses, 30:21
Procedure and Committee business, witnesses, 26:18
References
Election as Vice-Chairman, 1:8; 10:3
In camera meetings, 1:6; 11:3; 33:3; 37:16
Senior citizens, 8:22-3; 32:22
Senior citizens health care, 16:29-31; 18:36
Sports, 5:47
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, 3:26-7
Unemployment insurance, 31:20-1
Women, 9:33-4; 32:22

Royal Commission of Inquiry into New Reproductive Technologies *see* Reproductive Technologies

Royal Commission on Health Services *see* Hall commission

Royal commissions *see* Native people

Royal Society of Canada *see* AIDS

RRSPs *see* Registered Retirement Savings Plans

Rugby *see* Commonwealth Games

Rural areas
De-population, 14:23-5
See also AIDS—Public education programs—Treatment; Ambulance service; Child care; Community-based health care; Doctors; Health; Health care; Mental health—Community-based care; Optometrists—Number; Psychiatric services; Senior citizens health care—Accessibility; Women—Health care

Ruth, Sam (Baycrest Centre for Geriatric Care)
Health care, funding, Committee study, 42:23-4, 27-40

Safety *see* Motor vehicle accidents; Occupational health and safety

Saint-Jean, Denis (Medical Research Council of Canada)
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, 6:10
Medical Research Council of Canada estimates, 1990-1991, main, 34:19

Sales tax credit
National Council on Welfare position, 2:9

Saskatchewan *see* Co-operative health clinics—Abortion referrals

Saunders, David (Thalidomide Task Force and Thalidomide Victims Association of Canada)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, 50:27

Schizophrenia
AIDS funding, comparison, 46:19, 28-30
Costs, 46:6
De-institutionalization, effectiveness, 46:8-9
Drug abuse problems, 46:22-3
Drugs, costs, 46:7, 15-6, 17, 19
Homelessness, percentage, 46:6, 8, 23-4
Legal rights, 46:9, 17
Prejudice, 46:7
Profile, 46:6, 8-9
Research, 44:13-4, 24-8
Suicides, frequency, 46:6, 18
Symptoms, 46:4-5
Treatment, 46:6-14, 17-9, 27, 30
Transfers to U.S., 46:19-20

School buses *see* Motor vehicle accidents

Seat belts *see* Motor vehicle accidents

Secretary of State *see* Committee—Witnesses

Secretary of State Department Women's Program
Co-ordination, 29:21-2
Funding, cut-backs, 3:15-6; 29:11-2, 27

Senior citizens
Abuse, 1:50-2; 8:22-3; 18:23, 27; 30:25; 32:22-3
Dingwall remarks, 28:5
Attitudes/interests, 8:5, 17-8
Budget, Apr. 27/89, effect, 8:15-6; 30:26
Demographics
"Baby boomers", effect, 8:7-8; 10:7-8; 11:7, 16-7; 14:10-1; 32:16-7
Fertility rate, effect, 11:7, 10-1, 15-6, 18; 14:7-9
Immigration, relationship, 11:7, 10-2, 18-9
Jewish population, percentage, 42:37-8

Senior citizens—*Cont.*
Demographics—*Cont.*
Other countries, comparison, **11**:8-9, 19; **14**:6-7
Studies, **11**:5-6, 8
Sweden, comparison, **14**:7, 13-5
Discrimination, **8**:7, 16-7
Federal-provincial jurisdiction, **8**:11, 22-3; **32**:6-7
Fraud, protection, **8**:21-2
Goods and Services Tax, impact, **8**:8-10, 15-6; **32**:8-10
Housing, **8**:5-6, 8, 14-5; **16**:19; **42**:25
Immigrants, social programs, **32**:17-8
Independence, **8**:5-6, 17; **42**:39-41
See also Seniors Independence Program
Multicultural characteristics, **16**:6, 19-20; **18**:15
Municipalities, responsibility, **8**:6
Non-governmental organizations, funding, **8**:8-10
Programs, **1**:32
Tele-conferencing project, **8**:18
See also New Horizons Program; Seniors Independence Program
Recreation, **8**:6
Retirement homes, costs, **42**:40
Retirement training, **8**:9, 11-2
Transportation, **8**:6-9; **42**:26
Vehicle modifications, funding, **8**:5
Women
Majority of senior population, **8**:4-5; **11**:16
See also Poverty
See also Immigrants; Income tax; Labour force—Aging; Mandatory retirement; Old age pensions—Budget; Palliative care; Pensions—Women; Postal service; Poverty—Women; Senior Citizens Ministry of State—Staff

Senior citizens health care
Accessibility, **18**:14-5; **35**:16-7
Consumers' Association of Canada position, **23**:20
Rural/remote areas, **15**:29; **16**:15
Alternative methods, **30**:26
Consumers' Association of Canada position, **23**:21
Ethnocultural, **18**:6-7
Attendants, importance, **15**:30; **42**:30-1
Capacities of seniors age 65 and over, improvement, **11**:22, 33
Care-givers, **30**:14; **42**:29-31
Funding, **23**:25-6; **30**:17
Homemakers assistance, **30**:17
Informal care-givers, **42**:36
Respite care, **10**:11; **23**:20; **30**:16-7, 20-1; **42**:36, 38
"Sandwich generation", **42**:24-5
Support groups, **10**:10
See also Senior citizens health care—Community-based care
Community-based care, **4**:27-30; **10**:11-2, 21-2; **13**:20-1; **15**:30-1, 33; **18**:31; **48**:14; **52**:57
Baycrest Centre for Geriatric Care position, **42**:23-4, 27-8
Canadian Association of Occupational Therapists position, **26**:4-5
Canadian Nurses Association position, **30**:5
Care-givers, women, **16**:6, 13
Consumers' Association of Canada position, **23**:19-20, 24, 27
Cost-effectiveness, **18**:36-7; **26**:4

Senior citizens health care—*Cont.*
Community-based care—*Cont.*
Federal-provincial relations, **15**:42-3
Funding, **16**:15-6; **18**:23-4
One-stop services, garbage collection, etc., **26**:5
Respite services, **30**:5
Sweden, comparison, **23**:27
Victorian Order of Nurses of Canada, Promoting Elders Participation project, etc., **18**:22-4
Wellness centres, **23**:20, 24
24-hour services, lack, **18**:24
See also Senior citizens health care—Institutionalization
Co-ordination, **15**:28, 42-3; **16**:7, 27-8, 30-1; **53**:68
Costs, **11**:31-2
Health insurance plans, coverage, **18**:32
Last month of life, **15**:33-5, 39-40, 42; **16**:6-7; **18**:24; **21**:28; **30**:27, 31; **32**:12-3; **48**:5, 7, 25, 28, 43; **52**:69; **53**:6
National Advisory Council on Aging position, **15**:28-9, 32-5, 37-41
Day hospitals, **23**:22; **30**:20-1
Quebec, multi-disciplinary approach, **16**:22, 24-6, 28
Definitions/attitudes, **16**:9-12
Demographic changes, effect, **1**:32; **4**:8-10; **10**:7-9; **11**:7, 21-2; **13**:4-5; **16**:4-5, 22; **18**:16; **22**:26; **35**:6; **42**:24; **43**:31; **48**:9; **52**:57, 125
Canadian Nurses Association position, **30**:4-5
National Advisory Council on Aging position, **15**:28-9, 39
Disabled and handicapped, **42**:26-7
Doctors, role, **16**:30-1; **18**:26
Health professionals, relationship, **18**:26-7, 30-1
Elder care programs, **42**:25, 32; **48**:30-1
Eligibility, **8**:20; **18**:31
Fitness, relationship, **15**:22; **16**:14
Frail elderly, over age 85, **16**:5-7; **23**:20; **32**:6
Funding, **16**:8, 31; **18**:14-5; **30**:14-5; **32**:14-5; **48**:30
See also Senior citizens health care—Community-based care
Geriatric medicine, **8**:9, 21; **16**:8-9
Gerontology, comparison, **16**:23-4; **30**:9
Holistic medicine, **10**:10
Immigrants/ethnic minorities, **15**:30; **18**:4-9, 11-4, 19
Information, data base, **18**:7-11, 13, 15, 17
See also Senior citizens health care—Alternative methods—Independence
Independence, maintaining, **1**:32; **16**:11, 22; **18**:22-3; **42**:25-6, 28-9
Cultural differences, **18**:7, 10
Institutionalization, **1**:32; **11**:34; **16**:6, 8, 18-9; **22**:27; **30**:12-4, 19, 26, 30, 33; **42**:31, 39
Alternatives, **39**:5
Home care, comparison, **16**:7-9
Other countries, comparison, **30**:16; **42**:28
User fees, **42**:39
Isolation, combating, **30**:9-10
Lifestyle, importance, **15**:29, 33, 41-2; **16**:13-4
Medical model approach, criticism, **18**:26; **30**:14-5
Medical students, interaction, **8**:18
Multi-disciplinary approach, **15**:28, 42; **16**:15-6, 26-7, 30; **18**:6-7, 15, 18; **39**:5; **42**:26
See also Senior citizens health care—Day hospitals
Non-medical professionals, role, **15**:28-31; **18**:9

Senior citizens health care—*Cont.*
Nutritional and social programs, **10**:10-1; **30**:8
Canadian Dietetic Association position, **27**:19, 24-6, 32-6
Frozen foods, **27**:32-3
Prevention, **8**:11, 19-20; **10**:19; **18**:8, 17-8
Advertising, **8**:6
Chronic diseases, **10**:9-10
Private sector involvement, **16**:28-9
Public education, **15**:29; **18**:8
Canadian Nurses Association position, **30**:8-9
Redeployment of resources, "Cinderella services", **10**:9
Regional approach, **16**:23, 26-8
Responsibility, **16**:23
Rural areas, **18**:23
See also Senior citizens health care—Accessibility
Social workers, role, **30**:24, 26
Technology, costs, **30**:14-5; **32**:12-4
Training, importance, **42**:26
Victoria, B.C., **10**:13, 20; **13**:4-5, 10
Women, **16**:5-6, 17-8; **22**:24-5
See also Senior citizens health care—Community-based care, Care-givers
See also Chiropractors; Co-operative health clinics; Drugs and pharmaceuticals; Euthanasia; Hospitals—Acute care/chronic care; Influenza; Laboratory services; Psychiatric services

Senior Citizens Ministry of State
Consultations, **32**:4-7, 10-1
Non-traditional groups, **8**:6-7
Mandate, **8**:5, 7, 12-3; **32**:4
Staff, senior citizens, representation, **8**:18-9

Seniors Independence Program
Canadian Nurses Association position, **30**:5, 9
Funding, cutbacks, **28**:25-6; **32**:24-5, 27
Provinces, consultations, **10**:21
Purpose, **10**:10
Review, **32**:5, 24

Sexual abuse *see* Children

Sexual orientation *see* AIDS—Discrimination; Canadian Advisory Council on the Status of Women—Membership; Lesbians

Sexually transmitted diseases *see* AIDS; Fertility rate—Physiological factors

Sharp, Marsha (Canadian Dietetic Association)
Health care, funding, Committee study, **27**:26-31, 35

Shaw, Maureen (Canadian Centre for Occupational Health and Safety)
Health care, funding, Committee study, **27**:4-17

Shift work *see* Nurses

Silverman, Eliane (Canadian Advisory Council on the Status of Women)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1990-1991, main, **31**:11-3, 16-7, 23
Health care, funding, Committee study, **22**:11-2, 18, 20, 22-3

Simmons, Hon. Roger C. (L—Burin—St. George's)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **1**:34-5, 50-1

Simmons, Hon. Roger C.—*Cont.*
Procedure and Committee business, ministers, **1**:34-5

Simms, Glenda P. (Canadian Advisory Council on the Status of Women)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1990-1991, main, **31**:4-12, 14-6, 18-25
Health care, funding, Committee study, **22**:4-25

Single-parents
Number, **11**:8, 14
Women, household heads
Child care, Canada Assistance Plan funding, **3**:17-8; **4**:30-3
Housing, **3**:18-9
See also Canadian Jobs Strategy; Child health care; Maintenance orders

Skelly, Robert E. (NDP—Comox—Alberni)
Health care, funding, Committee study, **12**:16-20, 26-7
National Health and Welfare Department, Medical Services Branch, **12**:16-8
Native people, **12**:18-9, 26-7
Postal rates, **12**:19-20

Slotin, Lewis (Medical Research Council of Canada)
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:13-4, 18-20
Medical Research Council of Canada estimates, 1990-1991, main, **34**:11, 14, 18-9

Small Businesses Loans Act
Women, access, **3**:27-8

Smart cards *see* Health care—Records

Smith, Greg (National Health and Welfare Department)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **51**:6-9, 11, 14-6

Smoking
Non-smoking, promotion, **17**:31; **27**:15, 17; **28**:7, 12, 20
See also Eye care—Children; Procedure and Committee business—Room

Social programs
Benefits, high-income earners, taxing back/claw-back, Apr. 27/89 Budget proposal, National Council on Welfare position, **2**:9-11
Threshold, $50,000, de-indexation, National Council on Welfare position, **2**:9-11
See also Family allowances; Old age pensions
Delivery
Income tax system, effectiveness, **2**:16-8
Opportunity planners, **2**:29
Overlap, National Council on Welfare position, **2**:27-9
Provinces, variations, **30**:32-3
Deterioration, Canadian Association of Social Workers position, **30**:25-6
Family structure, impact, **11**:36-7
National Council on Welfare position, **2**:8-9
See also Health care—Philosophy; Housing; Senior citizens—Immigrants; Senior citizens health care—Nutritional and social programs; Thalidomide—Victim compensation

Social workers *see* Health care; Senior citizens health care

Soetens, René (PC—Ontario)
Procedure and Committee business, organization meeting, **1**:10, 22

South Africa *see* Commonwealth Games (1990); Sports

Soviet Union *see* Canada-USSR Winter Fit Trek

Speller, Bob (L—Haldimand—Norfolk)
References, *in camera* meeting, **10**:3; **33**:3

Sport Canada
Funding, **5**:8
See also Sports—Funding

Sports
Athletes' rights, **33**:30-1
Coaches, full-time, increasing, **5**:48
Consultations, **33**:11-2
Drugs, illegal performance-enhancing
Anti-Doping Charter, **5**:9, 18, 34
Anti-Doping Conference, Ottawa, June 1988, **5**:17, 33-4
Anti-Doping Strategy, **5**:8, 15-6; **33**:10, 15-6
Charest position, **5**:17-8, 33-5
Drug-testing
Athletes' rights, **5**:25-8
Out-of competition testing, **5**:8
Dubin Inquiry Commission, Ben Johnson case, etc., **5**:8-10, 14-5, 17, 36; **33**:16
Charest appearance, **5**:35
Report, tabling, **33**:21-2
Stanish position, **5**:34-5
Funding, **33**:9-10, 12, 17-8, 22-4
Athlete carding allocation, **5**:30-3; **33**:18
Criteria, **33**:31-3
Income tax status, relationship, **33**:18, 30-1
Local/national organizations, **5**:45-7; **33**:14-5, 24, 33-4
Mass participation/elite athletes, **5**:40-3
Private sector, **5**:8, 16, 30-1; **33**:11, 16, 20-1, 24-5
Sport Canada classification system, **5**:19-22, 24-5
Goods and Services Tax, impact, **33**:18-9
Insurance, liability coverage, **5**:49-50
International competition
Best Ever program, **5**:8, 17
Canadian participation, funding, **5**:9, 16
Commonwealth working group, R. McMurtry, appointment, **33**:29-30
Sport For All program, **5**:6-7, 13
Jurisdiction, professional sports, including, **5**:44-5
National unity, relationship, **33**:16-7, 27
See also Olympics—Calgary
Native people, participation, **33**:28-9, 31
Participation, promotion, **33**:10-1
Policy, **5**:9-10, 17, 21-2, 24-5, 50-1; **33**:9
Research, **33**:26, 28
South Africa, sanctions, **5**:9; **33**:29
See also Commonwealth Games
Values, Fair Play Campaign, **5**:8, 16, 36; **33**:11
Volunteers, importance, **33**:13, 15, 24
Winter sports, low Canadian ranking, **5**:47-8
Women, participation, **5**:37-9; **33**:34-5
See also Canadian Lacrosse Association; Commonwealth Games; Hockey; Nordic Games; Olympics; Reports to House—Second

Stanish, Bill *see* Sports—Drugs

Stanley, Kay (Status of Women Co-ordinator Office)
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:29
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, **3**:29
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1990-1991, main, **29**:13, 18, 26

Status of Women Co-ordinator Office
Estimates, 1989-1990, main, **3**:4-30
Estimates, 1990-1991, main, **29**:4-35
Expenditures, **3**:8; **29**:8
Role, **3**:4-5; **29**:4-5, 8-9, 13-4
See also Orders of Reference; Organizations appearing

Steering committee *see* Procedure and Committee business—Agenda and procedure subcommittee

Stryckman, Judith (National Advisory Council on Aging)
Health care, funding, Committee study, **15**:36-7, 40-2

Studies and inquiries *see* Committee studies and inquiries

Suicide *see* Doctors—Drug abuse/suicide; Native people; Schizophrenia; Youth

Sunnybrook Hospital *see* Child care

Support groups *see* AIDS—Federal Centre for AIDS; Alzheimer's disease; Senior citizens health care—Care-givers

Supreme Court of Canada *see* Abortion

Surgical procedures
Accessibility, rationing, **43**:18-20
Age limits, **21**:26-7
Brain aneurysms, clipping technique, "marketing" to United States, **52**:62-3
Caesarean sections/hysterectomies, number, **15**:24; **22**:8, 33; **43**:31-2; **52**:83
Coronary bypass, costs/benefits, **13**:25; **21**:8, 13, 28-30; **43**:12, 18-20, 30-1, 36; **45**:8-9, 16-7, 25; **46**:28; **48**:31-2; **52**:82, 95-6, 110, 112; **53**:62
Effectiveness/justification, **13**:6-7; **15**:24; **21**:8-16, 23-5; **42**:21-2; **43**:22, 35-6; **45**:30-1; **52**:82
United States, comparison, **43**:9, 18, 29-31; **52**:91
Waiting lists, **13**:7, 18, 23, 25, 36-7; **15**:5; **45**:27, 30

Survey on Well-Being in Canada *see* Fitness—Levels

Sweden *see* Health care—Funding—Socio-economic factors; Regional development; Senior citizens—Demographics; Senior citizens health care—Community-based care; User fees

Swimming pools *see* Multiple sclerosis

Task Force on Barriers to the Employment and Promotion of Women in the Public Service report *see* Public Service—Employment equity

Taxation
National Council on Welfare position, **2**:7-9
Women, affecting, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:9; **31**:12
See also Children; Community-based health care; Health care; Income tax

Technology *see* Disabled and handicapped; Medical technology; Senior citizens health care

Telephone service *see* Senior citizens—Programs; Youth—Counselling

Thalidomide
Prosthetics, usefulness, **50**:5
Sale, withdrawal, **50**:6
Testing process, **42**:17
Victim compensation
Assessment, criteria, **50**:15, 31; **51**:15-6
Attendants' allowance, **50**:10-1, 25
Committee study, **50**:4-32; **51**:4-16
Drug companies, legal settlement, **50**:7-9, 14-5, 18, 28-30; **51**:6-7
Employment levels, **50**:24-5
Filing deadline, Feb. 13/91, **51**:7, 9
Financial settlement, $7.5 million offer, **28**:16-8; **50**:6-7, 13-6, 19-20, 22-3, 26-7, 31; **51**:9
Differential payments, **50**:7, 9-10, 30; **51**:6, 10-2
Trust fund proposal, **50**:20-1, 26
Government position, **4**:11-5; **50**:11-2, 25-7; **51**:12-3
Legal liability, **50**:13-4
Liberal Party position, **50**:20
National Health and Welfare Department, negotiations, **50**:4, 20, 22-3; 51:5-6, 8-12
Other countries, comparison, **50**:24
Social assistance payments, relationship, **51**:6-7
Studies, **51**:7, 16
Thalidomide Victims Association of Canada position, **50**:17
United Nations Human Rights Committee claim, **50**:12-3, 19; **51**:14
Victims, number, gender, **50**:21; **51**:7-8, 14-5
War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force position, **50**:17; **50A**:1-20

Thalidomide Victims Association of Canada
Background, **50**:16
See also Organizations appearing; Thalidomide—Victim compensation

Thompson, Greg (PC—Carleton—Charlotte)
References, *in camera* meetings, **54**:5

Thunder Bay, Ont. *see* Nordic Games

Tobacco and tobacco products
Diseases, costs, **1**:44-5; **11**:32-3; **15**:12
Legislation, Bill C-204 (2nd Sess., 33rd Parl.), **1**:48, 50
See also Smoking

Toronto General Hospital *see* Women's College Hospital

Toronto HIV Primary Care Physicians Group
Background, **52**:4

Toronto, Ont. *see* Cancer—Treatment; Olympics

Toxic substances
Exposure, testing, **6**:7-8

Training programs
Assessment, **3**:9
See also Language training programs; Senior citizens—Retirement

Transition houses *see* Family violence

Transportation *see* Health care—Policy, Housing; Senior citizens

Travel *see* Committee

Tuberculosis *see* AIDS

Tupper, C. Edwin (National Health and Welfare Department)
Health care, funding, Committee study, **12**:22
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **4**:17-8

Ujimoto, K. Victor (Individual presentation; University of Guelph)
Health care, funding, Committee study, **18**:4-21
References, **18**:18

Unemployment insurance
Benefits, cut-backs, effect on women, voluntary quitters, **3**:13-4, 18; **29**:14
Legislation, Bill C-21, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:7-8, 26, 37; **31**:7, 20-1
Maternity benefits, improving, **3**:6; **29**:7

United Nations Convention on the Rights of the Child
Provincial ratification, **28**:26, 28

United Nations Human Rights Commission *see* Thalidomide—Victim compensation

United States *see* Animal experimentation; Child health care—Infants; Co-operative health clinics—Costs; Doctors; Fee-for-service payment; Health care *passim*; Hospitals—Acute care/chronic care—Costs—Management; Medical research—Medical Research Council of Canada grants—Funding; Psychiatric services; Schizophrenia—Treatment; Surgical procedures; User fees

Universality *see* Health care

Universities *see* Medical research—Medical Research Council of Canada grants; Nurses—Education; Optometrists—Training

User fees
Baycrest Centre for Geriatric Care position, **42**:32-4
Canadian Association of Social Workers position, **30**:27, 37-40
Canadian Nurses Association position, **30**:4, 7, 12-4
Cost-benefits, **21**:20-2; **43**:26; **53**:56, 62-3
Deterrence value, **13**:17; **21**:25; **30**:14; **35**:7; **43**:16-7; **52**:68, 84-5, 113
Discussion, **27**:36; **48**:28-9, 34; **52**:63-4, 67-8; **53**:55, 71-2
Federal government position, **1**:42
Other countries, comparison, **21**:26; **23**:15-6
Reimbursement for certain services, **35**:10, 12, 19-20
Sweden, comparison, **22**:33-4; **23**:30-1; **30**:40; **39**:18, 24-5; **43**:27-8; **53**:60-1
United States, comparison, **13**:7-8; **53**:56
See also Chiropractors—Fees; Hospitals; Senior citizens health care—Institutionalization

Vaccines *see* AIDS—Drugs; Hepatitis B; Immunization; Influenza

Vail, William J. (Canadian Medical Association)
Health care, funding, Committee study, **36**:5-10, 14-21, 23

Vance, Joan (Library of Parliament Researcher)
Health care, funding, Committee study, **35**:19-20; **52**:74

Vance, Joan—*Cont.*
References, *in camera* meetings, **43**:3; **47**:57; **54**:3-8

Venne, Pierrette (PC—Saint-Hubert)
Procedure and Committee business, organization meeting, **1**:10
References, *in camera* meeting, **10**:3

Vézina, Hon. Monique (PC—Rimouski—Témiscouata; Minister of State (Employment and Immigration) and Minister of State (Seniors))
Alzheimer's disease, **8**:6, 11, 21
Canada Pension Plan, **32**:26-7
Committee, **8**:4
Immigrants, **32**:18
Mandatory retirement, **8**:5; **32**:19
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **8**:4-23
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **32**:4-27
New Horizons Program, **32**:18, 20-2
Old age pensions, **8**:10, 16; **32**:9, 11-2
Osteoporosis, **8**:6
Postal service, **32**:25
Poverty, women, **8**:13-4; **32**:6
Registered Retirement Savings Plans, **32**:16
Senior citizens
Abuse, **8**:22-3; **32**:22-3
Attitudes/interests, **8**:5, 17-8
Demographics, **8**:7; **32**:16-7
Discrimination, **8**:7, 17
Federal-provincial jurisdiction, **8**:11; **32**:6-7
Fraud, protection, **8**:22
Goods and Services Tax, **8**:10, 15; **32**:8-10
Housing, **8**:5-6, 14-5
Independence, **8**:5-6, 17
Municipalities, **8**:6
Non-governmental organizations, **8**:9
Recreation, **8**:6
Retirement training, **8**:11-2
Transportation, **8**:5-7
Women, **8**:4-5
Senior citizens health care, **8**:6, 11, 20-1
Frail elderly, **32**:6
Technology, **32**:13-4
Senior Citizens Ministry of State
Consultations, **8**:6-7; **32**:4-6, 10-1
Mandate, **8**:5, 7, 12-3; **32**:4
Staff, **8**:19
Seniors Independence Program, **32**:5, 24-5, 27

VICARE program *see* Hospitals—Admissions

Vice-Chairman *see* Chairman, rulings and statements

Victim compensation *see* AIDS—Blood supply; Immunization; Thalidomide

Victoria, B.C. *see* Commonwealth Games; Senior citizens health care

Victoria Health Project *see* Hospitals—Acute care/chronic care—Admissions

Victorian Order of Nurses of Canada
Background, **18**:21-2, 32

Victorian Order of Nurses of Canada—*Cont.*
Duplication of services, **18**:34-5
See also Community-based health care; Organizations appearing; Senior citizens health care—Community-based care

Violence *see* Family violence; Women

Visible minorities *see* Women

Volunteers *see* Community-based health care; Hospitals; Income tax; Mental health—Community-based care; Sports

Wages and salaries *see* Commonwealth Games—Victoria

War Amputations of Canada, Thalidomide Task Force
Background, **51**:8
See also Appendices; Organizations appearing; Thalidomide—Victim compensation

Warren, Randolph R. (Thalidomide Victims Association of Canada)
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:16-7, 24-5

Waste disposal *see* Senior citizens health care—Community-based care, One-stop service

Weight-loss systems *see* Nutri-System

Welfare
Benefits, indexation, **2**:33
Information/statistics, availability, **2**:33-4
Streamlining system, **2**:32-3
"Workfare" programs, **1**:52-3

Western provinces *see* Optometrists—Training

White, Brian (PC—Dauphin—Swan River)
AIDS, **7**:26-8
Canadian Advisory Council on the Status of Women estimates, 1989-1990, main, **3**:27-8
Child poverty, **40**:29
Chiropractors, **40**:17-8, 20
Co-operative health clinics, **20**:27
Doctors, **18**:16; **20**:18-20
Drugs and pharmaceuticals, **20**:18
Employment equity, **3**:28
Health care, funding, Committee study, **14**:23-4; **18**:16-7; **19**:16-8; **20**:18-21, 27; **26**:17; **40**:17-8, 20, 29; **44**:19; **53**:54-9, 63
Hospitals, **20**:18
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:8-10
Mental health, **44**:19
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **2**:18, 20
National Health and Welfare Department, Health Protection Program estimates, 1989-1990, main, **7**:26-8
Native health care, **19**:16-8; **20**:21
Oat bran, **18**:17
Occupational therapy services, **26**:17
Old age pensions, **2**:18
Pensions, **2**:18, 20
Population, **14**:23-4
Procedure and Committee business
Chairman, M. (Halliday), **1**:8

White, Brian—*Cont.*
Procedure and Committee business—*Cont.*
Ministers, M. (Greene), **53**:58-9
Organization meeting, **1**:8, 10-1, 13, 16, 18, 20-2, 25
Questioning of witnesses, M. (Langan), **1**:16
Quorum, M., **1**:11, 13
Room, smoking/non-smoking, M., **1**:25
Witnesses, **1**:18, 20-2
References, *in camera* meetings, **1**:6; **10**:3-4; **11**:3; **43**:3; **54**:3
Rural areas, **14**:23-4
Senior citizens health care, **18**:16
Small Businesses Loans Act, **3**:27-8
Social programs, **2**:20
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1989-1990, main, **3**:27-8
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1990-1991, main, **29**:30-1, 35
User fees, **53**:55-6
Women, **29**:30-1

Whittaker, Jack (NDP—Okanagan—Similkameen—Merritt)
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **4**:27-9

Wife-battering *see* Women—Abuse

Wilbee, Stan (PC—Delta)
AIDS, **4**:24, 26; **6**:21
Alzheimer's disease, **15**:20-1
Canada Fitness Week, **33**:25
Canadian Centre for Occupational Health and Safety, **27**:11
Child health care, **15**:19; **17**:26-7
Children, **1**:46
Community-based health care, **26**:15; **36**:15; **39**:20
Disabled and handicapped, **26**:14
Doctors, **22**:15-6; **36**:15
Drugs and pharmaceuticals, **16**:14; **36**:34
Fee-for-service payment, **26**:13
Food products, **1**:48-9
Health care, funding, Committee study, **10**:19-20; **13**:22-5, 35-6; **14**:17-9; **15**:19-21; **16**:13-4; **17**:25-7; **18**:19, 33-5; **22**:15-7, 35; **26**:13-5, 17; **27**:11, 34-5, 37; **30**:15-6; **36**:15, 34; **39**:18, 20-1, 30; **41**:19-22; **43**:36-7; **44**:12-4, 27-8; **46**:23-4, 26-7, 31
Herbal medicines, **18**:19
Homemakers, **29**:23-4
Hospitals, **13**:22-4, 35-6
Medical Research Council of Canada estimates, 1989-1990, main, **6**:20-1
Mental health, **44**:12
National Health and Welfare Department estimates, 1989-1990, main, **1**:46-9; **4**:24, 26; **8**:20-2
National Health and Welfare Department estimates, 1990-1991, main, **33**:25-6
Native health care, **15**:20; **17**:25-6; **22**:17
Nervous system, **6**:20-1
Nurse practitioners, **41**:19-22
Nurses, **13**:24; **30**:15
Olympics, **33**:25
Palliative care, **4**:24
Physiotherapy, **44**:27-8
Procedure and Committee business
Briefing notes, **10**:19-20

Wilbee, Stan—*Cont.*
Procedure and Committee business—*Cont.*
In camera meetings, **1**:24
Organization meeting, **1**:9-13, 15, 18, 24, 26
Printing, minutes and evidence, M., **1**:9
Quorum, M. (White), **1**:11-3
Witnesses, **1**:18
Psychiatric services, **39**:18, 30
References, *in camera* meetings, **1**:6; **10**:3-4; **33**:3; **37**:16; **43**:3; **54**:3-8
Research, **1**:46-7
Retirement, **14**:17-9; **27**:11
Schizophrenia, **44**:13-4, 23-4, 26-7
Senior citizens, **8**:21-2
Senior citizens health care, **8**:21; **18**:19; **27**:34-5; **30**:16
Sports, **33**:26
Status of Women Co-ordinator Office estimates, 1990-1991, main, **29**:23-7
Surgical procedures, **13**:25
Thalidomide, victim compensation, Committee study, **50**:23-5
Tobacco and tobacco products, **1**:48
Ujimoto, references, **18**:18
Victorian Order of Nurses of Canada, **18**:34-5
Women, **14**:19; **22**:16-7; **29**:25-6

Witnesses *see* Organizations appearing and *individual witnesses by surname*

Women
Abuse, **29**:31
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:16
Statistics, **1**:30
See also Women—Disabled and handicapped
Advocacy, funding, **29**:15-6
Budget, Apr. 27/89, effect, **9**:21-2
Centres, funding, **29**:14, 30-1; **30**:25
British Columbia, **29**:31-3
Demography, **14**:21-2; **22**:6
Disabled and handicapped
Abuse, **9**:28-9
Equality, **29**:23
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **31**:10, 22-3
Discrimination
Double discrimination, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:8-9
Gender sensitization, McAllister/CIDA program, **29**:17-8
Economic issues, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **31**:9
Family/employment responsibilities, integration, **29**:6
Health care
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **22**:5-6
Different needs, men, comparison, **22**:5, 10, 12-3
Rural/remote areas, **22**:7-9, 16-7
Stress, **22**:9
Visible minorities, **22**:10, 14-5
See also Surgical procedures—Caesarean sections/hysterectomies
Mortality rates, **14**:19

Women—Cont.
Research organizations, funding, **29**:18–20
Status/equality, **29**:9–10
Attitude/behavioural changes, importance, **3**:9–10, 25; **31**:10–1, 23–4
Men, **29**:25–7; **31**:10, 20, 23
Clubs/institutes, **31**:16
Commonwealth Ministers Responsible for the Status of Women meeting, **3**:8; **29**:8
Canadian Charter of Rights and Freedoms, litigation, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:9–10, 12–3; **31**:6–7, 13–4
Violence, Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **31**:10, 12–3, 21
Visible minorities, **32**:22
Canadian Advisory Council on the Status of Women position, **9**:33–4
See also Women—Health care
See also AIDS; Breast cancer; Canadian Advisory Council on the Status of Women; Child poverty; Divorce/separation; Drugs and pharmaceuticals—Over-medication; Employment; Employment equity; Entrepreneurship; Feminism; Fitness and Amateur Sport Ministry; Guaranteed Income Supplement; Homemakers; Immigrant women; Lesbians; Life expectancy; Maintenance orders; Mandatory retirement; Medical research—Medical Research Council of Canada grants;

Women—Cont.
See also AIDS; Breast cancer...—Cont.
Medical Research Council of Canada; Meme breast implant; Native women; Optometrists—Training; Order in Council appointments; Parliament; Pay equity; Pensions; Pharmacists; Physiotherapy; Poverty; Prison for Women; Public Service—Employment equity; Refugee status; Registered Retirement Savings Plans; Secretary of State Department Women's Program; Senior citizens; Senior citizens health care; Single-parents; Small Businesses Loans Act; Sports; Taxation; Unemployment insurance—Benefits—Maternity benefits; Youth—Suicide

Women's College Hospital
Toronto General Hospital, merger, **45**:5

Wood, Bob (L—Nipissing)
Medical Research Council of Canada estimates, 1990–1991, main, **34**:9–11, 20

Woodruff, M.E. (Canadian Association of Optometrists)
Health care, funding, Committee study, **24**:7–13, 15–8, 20–7

Working poor
National Council on Welfare position, **2**:25–7

X-ray facilities *see* Chiropractors

Youth
Counselling, national toll-free telephone hotline, **1**:57
Suicide, **28**:14–5
Women in workplace, effect, **9**:30–2
See also AIDS; Psychiatric services

Violence familiale—*Suite*
Lutte—*Suite*
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, position, **31**:21
Gouvernement, **29**:7
Programmes, **29**:20
Phénomène, reconnaissance, **1**:50
Prévention, **28**:10
Santé nationale et Bien-être social, ministère, dépenses, **1**:30

Virus d'immunodéficience humaine. *Voir* SIDA—VIH

Warren, Randolph R. (Association canadienne des victimes de thalidomide)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:16-7, 24-5

White, Brian (PC—Dauphin—Swan River)
Autochtones, **19**:16-7
Centres d'accueil pour femmes, **29**:30-1
Comité, **40**:29; **53**:58-9
Séance d'organisation, **1**:8, 10-1, 18, 20-2, 25
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4; **21**:3
Travaux, planification, **1**:6; **11**:3; **14**:3; **43**:3
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:8-10
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:27-8
1990-1991, **29**:30-1
Femmes, **3**:27-8
Maladies mentales, **44**:19
Pensions de retraite, **2**:20
Personnes âgées, **18**:16
Population, **14**:23-4
Programmes établis, financement, **53**:56-7
Programmes établis, financement, Loi de 1977, **53**:54
Santé, Loi canadienne, **53**:55
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **14**:23-4; **18**:16-7; **19**:16-8; **20**:18-21, 27; **26**:17; **40**:17-8, 20; **44**:19; **53**:54-9, 63; **54**:3
Santé mentale, **44**:19
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **2**:18, 20; **6**:8-10; **7**:26-8
Sécurité du revenu, programmes, **2**:18, 20
SIDA, **7**:26-8

Whittaker, Jack (NPD—Okanagan—Similkameen—Merritt)
Santé, services, **4**:27-9
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **4**:27-9

Wilbee, Stan (PC—Delta)
Aliments, **1**:48
Autochtones, **17**:25; **22**:17

Wilbee, Stan—*Suite*
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, **27**:11
Comité, **10**:19-20
Séance d'organisation, **1**:9-13, 15, 18, 24, 26
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4; **54**:5-6
Travaux, planification, **1**:6; **14**:3; **43**:3
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:21
Emploi et immigration, budget principal 1990-1991, **29**:23-6
Enfants, **1**:46; **15**:19-20; **17**:26-7
Femmes, **14**:19; **29**:23-6
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, **18**:34-5
Jeux olympiques de 1996, **33**:25
Maladies, **15**:20-1
Maladies mentales, **44**:12, 14; **46**:23-4, 26
Médicaments, **18**:19; **36**:34
Thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:23-5
Non-fumeurs, santé, Loi, **1**:48
Personnes âgées, **8**:22; **14**:19; **16**:14; **27**:34-5
Pharmaceutique, industrie, **36**:34
Produits naturels, **1**:49
Recherche biomédicale, **1**:46; **6**:20-1; **8**:21
Retraite anticipée, **14**:17-9
Santé, **16**:14
Santé, services, **1**:47; **4**:24
Fonctionnement et financement, étude, **10**:19-20; **13**:22-5, 35-6; **14**:17-9; **15**:19-21; **16**:13-4; **17**:25-7; **18**:18-9, 33-5; **22**:15-7, 35; **26**:13-5, 17; **27**:11, 34-5, 37; **30**:15-6; **33**:3; **36**:15, 34; **37**:16; **39**:18, 20, 30; **41**:19-22; **43**:36-7; **44**:12-4, 27-8; **46**:23-4, 26-7, 31; **54**:3-8
Santé mentale, **39**:18; **44**:13
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:46-9; **4**:24, 26; **6**:20-1; **8**:20-2
1990-1991, **33**:25-6
Santé nationale et Bien-être social, ministère, **1**:47
SIDA, **4**:24, 26; **6**:21
Sports, **33**:26
Travailleurs, **27**:11
Ujimoto, professeur K. Victor, **18**:18

Wood, Bob (L—Nipissing)
Conseil de recherches médicales du Canada, **34**:9-11, 20
Recherche biomédicale, **34**:11
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1990-1991, **34**:9-11, 20
SIDA, **34**:10

Woodruff, M.E. (Association canadienne des optométristes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **24**:7-27

Yukon. *Voir* Santé, services

Tupper, C. Edwin (ministère de la Santé...—*Suite*
Santé nationale et bien-être social, budget principale 1989-1990, **4**:17-8

Ujimoto, professeur K. Victor (témoin à titre personnel)
Antécédents, **18**:18
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **18**:4-21

Unité nationale. *Voir* Sports—Utilisation

Université Dalhousie. *Voir* Conseil de recherches médicales du Canada—Projets de recherche, subventions

Université de Toronto. *Voir* Recherche biomédicale—Animaux, utilisation en laboratoire

Université Queen's. *Voir* SIDA—Jeunes

Universités
Chercheurs, pénurie, **34**:7-8
Écoles de pharmacie, **36**:32
Facultés de médecine, candidats
Contingentement, **6**:22; **36**:23-4
États-Unis, désengagement, **38**:16
Physiothérapie, enseignants, postes vacants, **44**:22, 25
Voir aussi Conseil de recherches médicales du Canada—Projets de recherche, subventions

University Hospital. *Voir* Hôpitaux—Rentabilisation

Vaccination. *Voir* Maladies—Personnes

Vail, William J. (Association médicale canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **36**:5-10, 12-24

Vance, Joan (recherchiste du Comité)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **35**:19-20

Vancouver, C.-B. *Voir* Santé, services—Interventions chirurgicales—Coeur, chirurgie

Venne, Pierrette (PC—Saint-Hubert)
Comité
Séance d'organisation, **1**:10
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3

Vézina, l'hon. Monique (PC—Rimouski—Témiscouata; ministre d'État (Emploi et Immigration) et ministre d'État (Troisième âge))
Aînés, autonomie, Programme d'aide
Financement, **32**:25
Révision, **32**:5, 16-7, 24
Clubs de l'âge d'or, financement, **8**:9-10
Correspondance, **32**:6
Hôpitaux, installations et matériel diagnostiques, financement, **8**:11
Immigrants, personnes âgées, intégration, **32**:22
Impôt sur le revenu, personnes âgées, assistance, programme, **32**:27
Mandat, **8**:5, 8, 12-3; **32**:4
Nouveaux horizons, programme, financement, **32**:18, 20-2
Pensions du Canada, Régime, prestations de décès, versement au conjoint survivant, **32**:26-7

Vézina, l'hon. Monique—*Suite*
Personnes âgées
Apport à la société, **8**:5
Autonomie, priorités, **8**:5-7, 17
Budget du 27 avr. 1989, **8**:10, 15
Capacités intellectuelles et ressources, **8**:17-8
De plus de 65 ans, **8**:7
Femmes, **8**:4, 13-4; **32**:6, 27
Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés, révision, **32**:5
Logement, **8**:14-5
Mauvais traitements, **8**:22-3; **32**:22-3
Médias, stéréotypes véhiculés, **8**:17
Programmes fédéraux, **32**:9-10
Victimes d'extorsion, **8**:22
Population, vieillissement, **8**:8; **32**:6-7
Postes, services, superboîtes, personnes âgées, utilisation, **32**:25
Priorités, **32**:6-7
Recherche biomédicale, vieillissement, maladies, **8**:21
Retraite obligatoire, position, **32**:19
Santé, services, personnes âgées, **8**:20; **32**:13-4
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **8**:4-23
1990-1991, **32**:4-27
Secrétariat du troisième âge
Engagement et travail accompli, **8**:7
Personnes âgées, **8**:19
Sécurité du revenu, programmes, allocations familiales et pensions de vieillesse, prestations, récupération, **8**:10, 16; **32**:11-2
Supplément du revenu garanti, programme, fonds pour imprévu, retrait, pénalités, **32**:16
Taxe de vente sur les produits et services
Crédit d'impôt, personnes âgées, versement, **8**:15-6
Femmes sous le seuil de pauvreté, répercussions, **32**:8
Transports, taxe de vente fédérale, augmentation, répercussions, personnes âgées, préoccupations, **8**:10
Travailleurs âgés, formation, programmes, **8**:11-2

Vice-président du Comité
Élection de Roy-Arcelin, **1**:8; **10**:3

Victoria, C.-B.
Personnes âgées, pourcentage, **13**:4-5
Voir aussi Jeux du Commonwealth de 1994

Vieillissement. *Voir* Main-d'oeuvre; Personnes âgées; Population; Population, croissance—*Esquisse du Canada de demain,* rapport; Recherche biomédicale; Santé; Santé, services—Personnes âgées—Fardeau financier pour l'avenir *et* Population

VIH (virus de l'immunodéficience humaine). *Voir* SIDA

Violence familiale
Abris à court terme, financement, **3**:7
Association canadienne des travailleurs sociaux, implication, **30**:25
Croissance, statistiques, **1**:30
Forum national, **1**:30, 52; **3**:7
Lutte
Condition féminine Canada, implication, **3**:29

Témoins—*Suite*
Association pharmaceutique canadienne, **36**:24-35
Baycrest Centre for Geriatric Care, **42**:23-40
Berger, D^r Philip B., **52**:4-27, 42-7, 49-50
Canadian Co-operative Association, **20**:4-27
Capretta, Rosalie, **53**:25-6
Castonguay, Claude, **35**:4-20
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, **27**:4-17
Coalition canadienne de la santé, **22**:25-38
Condition féminine, ministre responsable, **3**:4-29; **29**:4-34
Condition féminine Canada, **3**:29; **29**:13, 18, 26
Condition physique et Sport amateur, ministre d'État, **5**:4-20, 22-51; **33**:5-32, 35
Conseil canadien de protection des animaux, **53**:90-7, 104
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **9**:4-37; **22**:4-25; 31:4-25
Conseil consultatif national sur le troisième âge, **15**:27-43
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:4-22; **34**:4-20
Conseil des autochtones du Canada, **19**:4-26
Conseil national du bien-être social, **2**:4-34
Contandriopoulos, André-Pierre, **23**:4-18
Courchene, Thomas, **53**:66-84
Fédération canadienne des sociétés de biologie, **53**:85-90, 98-105
Fulton, professeur Jane, **15**:4-27
Gilmore, Norbert, **52**:28-42, 45-6, 48, 50-1
Greater Victoria Hospital Society, **13**:4-38
Groupe de travail sur la thalidomide et Association canadienne des victimes de la thalidomide, **50**:4-32
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, **18**:21-37
Institut canadien de la santé infantile, **17**:4-31
Jones, D^r Barry, **46**:4-31
Lavoie, Joe N., **52**:52-71
Ley, Dorothy, **16**:4-22
Lomas, professeur Jonathan, **52**:80-8, 90, 93, 95-100, 102-7, 110-1, 113-7, 120-1, 123-9
Marmor, professeur Theodore R., **52**:75-9, 87, 89-103, 105-8, 110-6, 119, 121-5, 127-9
McMurtry, professeur Robert Y., **21**:4-31
Mepham, Virginia, **53**:27
Molloy, D^r D.W., **53**:5-24, 26-41
Mustard, D^r Fraser, **48**:4-43
Naylor, D^r David, **43**:4-38
Nurse Practitioner Association of Ontario, **41**:4-34
Partners in Research, **49**:4-35
Psutka, D^r Dennis, **45**:4-36
Rachlis, D^r Michael, **53**:42-58, 61-5
Santé nationale et Bien-être social, ministère, **1**:49-50, 53; **4**:7-8, 17-9, 24, 34-9; **5**:20-1, 32-3, 39-40, 42, 49-50; **7**:4-22, 24-31; **8**:9, 11, 14, 16-9, 21-2; **10**:6-29; **11**:9-21, 35-7; **12**:4-29; **14**:4-15, 17-25; **32**:11, 14-6, 18, 23-6; **33**:19, 28, 32-4; **51**:5-16
Santé nationale et Bien-être social, ministre, **1**:27-35, 38-42, 44-54, 56-8; **4**:4-7, 9-40; **11**:5-9, 21-35; **28**:5-34
Troisième âge, ministre d'État, **8**:4-23; **32**:4-27
Ujimoto, professeur K. Victor, **18**:4-21

Terre-Neuve. *Voir* Garderie, services

Territoires du Nord-Ouest. *Voir* Santé, services

Thalidomide. *Voir* Médicaments

Thompson, Greg (PC—Carleton—Charlotte)
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **54**:5-6
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **54**:6

TPS. *Voir* Taxe de vente sur les produits et services

Toronto, Ont. *Voir* Aliments—Sécurité; Garderie, services; Jeux olympiques de 1996; Santé, services

Toxicomanes. *Voir* SIDA

Toxicomanie. *Voir* Maladies mentales—Schizophrènes

Traités. *Voir* Bandes indiennes

Transports
Taxe de vente fédérale, augmentation, personnes âgées, préoccupations, **8**:8-10

Travail
Handicapés, adaptation, **27**:13-4
Lieux, prévention, programmes, **27**:16-7
Milieu sain et sécuritaire, travailleurs âgés, apport, **27**:4-9
SIDA, politique, **1**:29
Stress, femmes, répercussions, **9**:8, 32; **22**:9
Voir aussi Bien-être social—Prestations; Santé, services—Coûts—Accidents;

Travailleurs
Espérance de vie, données, **27**:11-3
Voir aussi Revenu annuel garanti—Instauration

Travailleurs âgés
Âge de retraite, **27**:9-10
Formation, programmes, **8**:9, 11-2
Voir aussi Travail—Milieu

Travailleurs sociaux. *Voir* Personnes âgées; Services sociaux

Travaux du Comité
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:4-30; **9**:4-37
1990-1991, **29**:4-35; **31**:4-25
En vertu de l'art. 108(2) du Règlement
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, **50**:4-32; **51**:4-16
Santé, services, fonctionnement et financement, **10**:6-29; **11**:5-38; **12**:4-29; **13**:4-39; **14**:4-25; **15**:4-43; **16**:4-31; **17**:4-32; **18**:4-38; **19**:4-26; **20**:4-27; 21:4-31; **22**:4-38; **23**:4-31; **24**:4-27; **26**:4-33; **27**:4-37; **30**:4-44; **33**:3; **35**:4-20; **36**:4-36; **37**:16; **38**:4-23; **39**:4-31; **40**:4-27; **41**:4-34; **42**:4-41; **43**:4-38; **44**:4-38; **45**:4-36; **46**:4-31; **48**:4-43; **49**:4-35; **52**:4-129; **53**:5-126; **54**:3-8
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:27-58; **2**:4-34; **4**:4-40; **5**:4-51; **6**:4-23; **7**:4-32; **8**:4-23
1990-1991, **28**:5-34; **32**:4-27; **33**:5-35; **34**:4-20

Troisième âge, ministre d'État
Correspondance, **32**:6
Mandat, **8**:5, 8, 12-3; **32**:4
Priorités, **32**:6-7

Troubles mentaux. *Voir* Pénitenciers—Détenus

Tupper, C. Edwin (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **12**:22

Sport amateur
Antidopage
Charte mondiale, **5**:17-8
Financement, **5**:8, 15-6
Normes internationales, **33**:15
Tests sans préavis, **33**:10
Canada, rôle international, **5**:9
Concours et compétitions en vue des Jeux Olympiques de 1992, financement, **5**:9
Condition physique et Sport amateur Canada, directives, **5**:21-2
Entraîneurs, formation et rôle, **33**:11
Esprit sportif, campagne, **5**:8, 16
Femmes, **5**:37-9; **33**:34-5
Financement
Disciplines, classification en catégories, **5**:19-21, 30
Entreprises et organisations, **5**:8, 16
Participation de masse, **5**:40-4
Voir aussi sous le titre susmentionné Antidopage; Concours
Gouvernement, engagements, **5**:8; **33**:9
Gouvernements provinciaux et territoriaux, relations, **33**:12
Handicapés, **5**:42-3
Organismes nationaux de sport, consultations, **33**:11-2
Rapport à la Chambre, i-ix, 1-59
Sport, politique nationale, Groupe de travail, rapport
«Initiative partagée», concept, **5**:24-5
Report jusqu'à la publication du rapport de la Commission Dubin, **5**:9-10, 17, 22
Système à long terme, prévision, **5**:51

Sport professionnel. *Voir* Condition physique et Sport amateur Canada—Mandat

Sports
Afrique du Sud, participation, Canada, politique, **33**:29
Autochtones, **33**:28-9, 31
Commercialisation, **33**:20
Crosse, équipe canadienne, financement, **3**:31, 34
Handicapés, équipe de football, formation, Russell Moon, projet, **5**:43
Participation, accroissement, **33**:10-1
Promotion, groupe de travail sur le Commonwealth, initiative, **33**:29-30
Technologie de pointe, équipements, etc., recherches, **33**:26, 28
Utilisation pour renforcer l'unité nationale, **33**:16-7, 27

Sports d'hiver
Athlètes canadiens, performance, **5**:47-8
Hockeyeurs, nombre, **33**:27-8

Stanley, Kay (Condition féminine Canada)
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:29
1990-1991, **29**:13, 18, 26

Stérilité
Traitement, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, étude, **31**:8

Stress. *Voir* Santé, services—Infirmières; Travail

Stryckman, Judith (Conseil consultatif national sur le troisième âge)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **15**:36-7, 40-2

Stupéfiants
Canada, position, diffusion internationale, **28**:10
Lutte, gouvernement, engagement, **1**:31-2
Stratégie nationale, **28**:10
Voir aussi Alcool—Et stupéfiants; Pénitenciers

Suède. *Voir* Population—Vieillissement; Santé, services

Suicides. *Voir* Autochtones; Jeunes; Maladies mentales—Schizophrènes

Supplément du revenu garanti, programme
Bénéficiaires, **2**:24-5, 29-30
Fonds pour imprévu, retrait, pénalités, **32**:15-6
Pensions, régime, réforme, répercussions, **2**:19-20, 22-5
Voir aussi Santé, services—Personnes âgées—Nouvelle-Écosse

Syndicalisation. *Voir* Santé, services—Système

Syndrome alcoolique foetal. *Voir* Autochtones—Alcoolisme

Syndrome d'immunodéficience acquise. *Voir* SIDA

Tabagisme
Lutte, gouvernement, initiatives, **28**:7-8
Voir aussi Jeunes

Taxe de vente fédérale. *Voir* Transports

Taxe de vente sur les produits et services (TPS)
Association canadienne des travailleurs sociaux, position, **30**:25, 33-6
Crédit d'impôt, personnes âgées, versement, **8**:15-6
Femmes sous le seuil de la pauvreté, répercussions, **32**:8-9
Voir aussi Organismes nationaux de sport; Recherche et développement; Santé, services—Financement

Technologies de reproduction. *Voir plutôt* Reproduction, technologies

Télévision. *Voir* SIDA

Témoins
Association canadienne de l'industrie du médicament, **53**:106-26
Association canadienne de physiothérapie, **44**:21-37
Association canadienne des diététistes, **27**:18-36
Association canadienne des ergothérapeutes, **26**:4-18
Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, **26**:18-33
Association canadienne des optométristes, **24**:4-27
Association canadienne des travailleurs sociaux, **30**:23-44
Association canadienne pour la santé mentale, **44**:4-20
Association chiropratique canadienne, **40**:4-27
Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, **42**:4-22
Association des consommateurs du Canada, **23**:19-31
Association des coordonnateurs (trices) des hôpitaux de jour du Québec, **16**:22-31
Association des hôpitaux du Canada, **38**:4-23
Association des infirmières et infirmiers du Canada, **30**:4-23
Association des psychiatres du Canada, **39**:4-31
Association médicale canadienne, **36**:4-24

SIDA (syndrome d'immunodéficience...—*Suite*
Télévision, publicité, 7:26-7
Toxicomanes
Détenus dans les pénitenciers, problème, **28**:22-4
Échange d'aiguilles, programmes
Centre fédéral sur le sida, 7:24-5
Participation, **28**:12
Voir aussi sous le titre susmentionné Sidatiques
Traitement
Registre, **28**:9
Voir aussi sous le titre susmentionné VIH
Transmission
Causes, 7:6-8
Personnes séropositives, délai, 7:7; **52**:42-3
Voir aussi sous le titre susmentionné VIH
VIH (virus de l'immunodéficience humaine)
Communautés touchées, **52**:30-1
Dépistage
Tests anonymes, **52**:7, 14, 21-2, 26
Cliniques de donneurs de sang, **52**:19-20, 43-5
Renseignements, divulgation, **52**:34
Développement, 7:4-5
Femmes infectées, nombre, **52**:20-1, 40
Identification, date, 7:5-6
Lutte, moyens, **52**:30
Maladie chronique, **52**:31-2, 41-2
Mutations antigènes, 7:28
Personnes infectées, **52**:29, 50-1
Prévention
Coercition, remplacement par la coopération, **52**:33-4
Groupes-cibles, mesures incitatives, **52**:29-30
Information, **52**:31
Méthodes, **52**:27
Rapports, nombre, **52**:28
Recherche et ressources, **52**:39, 31, 35
Répercussions, **52**:28, 34-5
Traitement
AZT, médicament, 7:10-1; **52**:6-7
Complexité, **52**:24-5
Coûts, **52**:32, 35, 52-3
Découverte, 7:27-8
Diagnostic, tests, résultats, **52**:5, 14-5
Éducation et counselling, **52**:13-4
Médecins de famille, formation, Collège des médecins de famille, initiative, **52**:23-4
Médecins spécialistes, charge de travail, etc., **52**:8-13, 16-9, 22-3, 26-7, 32-3
Médicaments, coûts, **52**:27
Pentamidine en aérosol, médicament, **52**:6, 22, 26
Problème d'ordre moral, **52**:52
Professionnels de la santé, épuisement, **52**:33, 35-6
Régions rurales et éloignées, **52**:5-6, 25-6
Transmission, **52**:29
Voir aussi Conseil de recherches médicales du Canada—Projets de recherche, subventions; Fonction publique; Pénitenciers; Santé, services—Schizophrénie, traitement—Coûts; Travail

Sidatiques. *Voir* SIDA

Silverman, Eliane (Conseil consultatif canadien de la situation de la femme)
Emploi et immigration, budget principal 1990-1991, **31**:11-3, 16-7, 23
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **22**:11-2, 18, 20, 22-3

Simmons, l'hon. Roger C. (L—Burin—Saint-Georges)
Comité, **1**:34-5
Garderie, services, **1**:50
Personnes âgées, **1**:50-1
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **1**:34-5, 50-1
Violence familiale, **1**:50

Simms, Glenda P. (Conseil consultatif canadien de la situation de la femme)
Emploi et immigration, budget principal 1990-1991, **31**:4-12, 14-6, 18-25
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **22**:4-25

Skelly, Robert E. (NPD—Comox—Alberni)
Alcoolisme, **12**:26
Autochtones, **12**:18-9, 26-7
Collectivités autochtones, **12**:18
Nord canadien, **12**:19-20
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **12**:16-20, 26-7
Santé nationale et Bien-être social, ministère, **12**:16-8

Slotin, D^r^ Lewis (Conseil de recherches médicales du Canada)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **6**:13-5, 18-20
1990-1991, **34**:11, 14, 18-9

Smith, Greg (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **51**:6-9, 11, 14-6

Société canadienne
Individu, place, **18**:6

Société canadienne de l'hémophilie. *Voir* SIDA—Information et sensibilisation, programmes

Société canadienne du sida. *Voir* SIDA—Information et sensibilisation, programmes

Société royale du Canada. *Voir* SIDA

Soetens, René (PC—Ontario)
Comité, séance d'organisation, **1**:10, 22-3

Soins de la vue et des yeux. *Voir* Santé, services

Soins de santé. *Voir plutôt* Santé, services

Soins palliatifs. *Voir* Santé, services

Sous-comité du programme et de la procédure. *Voir* Comité

Speller, Bob (L—Haldimand—Norfolk)
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **33**:3

Sport, politique nationale, Groupe de travail. *Voir* Sport amateur

Sécurité du revenu, programmes
Allocations familiales et pensions de vieillesse, prestations, récupération
Budget du 27 avr. 1989, disposition, **8**:10
Conseil national du bien-être social, position, **2**:9-11
Femmes au foyer, répercussions, **2**:15-6
Modifications, **1**:54; **2**:20
Personnes âgées, répercussions, **8**:15-6; **32**:11-2
Seuil de 50 000 $, désindexation, **2**:11-5, 20
Coûts pour l'avenir, études, **2**:18-20
Dépenses, **2**:18
Financement, **2**:16-8

Sécurité sociale, programmes
Canada, rang dans le monde, **22**:26, 33
Dette nationale, répercussions, **53**:48-9
Financement, Association canadienne des travailleurs sociaux, position, **30**:25-6
Organismes, chevauchements, **2**:27-9, 32-4

Services de santé. *Voir plutôt* Santé, services

Services de santé communautaires. *Voir plutôt* Santé communautaires, services

Services sociaux
Femmes, attentes, **16**:6, 13
Financement, **22**:26
Travailleurs sociaux, **30**:24, 32-3
Voir aussi Santé, services

Sharp, Marsha (Association canadienne des diététistes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **27**:26-31, 35

Shaw, Maureen (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **27**:4-17

SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise)
Centre fédéral sur le sida
Documentation, **7**:22
Domaines d'intervention, **7**:11-2, 20
Leadership, **7**:22-3, 26
Voir aussi sous le titre susmentionné Information et sensibilisation, programmes; Stratégie nationale; Toxicomanes—Échange d'aiguilles, programmes
Centres d'aide communautaire, **1**:36
Collectivités autochtones, **12**:27-8
Comité consultatif fédéral-provincial, mandat, **1**:36, 40
Comité spécial, constitution, **28**:12; **52**:16, 38
Contrôle. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Prévention
Dépistage
Gouvernement, position, **7**:12-3
Tests reliés et tests non reliés, application aux personnes à risque élevé, **52**:47-50
Voir aussi sous le titre susmentionné VIH
Gouvernement fédéral, leadership, **1**:37, 40-1; **52**:38
Hémophiles, dédommagement, programme, **1**:37, 41, 43, 45; **4**:14-7
Homosexuels
Pratiques sexuelles, **52**:46-7
Voir aussi sous le titre susmentionné Sidatiques

SIDA (syndrome d'immunodéficience...—*Suite*
Information et sensibilisation, programmes
Campagne publicitaire, **4**:26-7
Centre fédéral sur le sida, objectifs, **7**:14-5, 29-31
Gouvernements, financement, **1**:36-7
Groupes locaux, initiatives, **1**:54-6
Renforcement, **7**:10
Société canadienne du sida et Société canadienne de l'hémophilie, financement, **7**:23-4
Jeunes
Perception, **52**:41
Tests anonymes, application, **52**:45-6
Université Queen's, étude, **1**:36, 39; **7**:15, 24
Lutte
Association canadienne des travailleurs sociaux, participation, **30**:25
Faiblesses, **52**:36-8
Gilmour, Dr, critiques, **7**:18
Gouvernement fédéral, engagements, **11**:27-8; **28**:8-9
Gouvernements, fonds affectés, **52**:51
Importance, **1**:28-30
Programme mondial, étude, **28**:9
«Maladie à la mode», allégations, **6**:21
Montréal, Qué., cinquième conférence internationale, **4**:5-6, 26
Origine, **7**:5
Personnes atteintes. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Sidatiques
Prévention
Condoms, **7**:26-9; **52**:19-20, 38-9, 41, 52
Comportement, modification, **52**:47
Voir aussi sous le titre susmentionné VIH
Propagation. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Transmission
Question, approche, **1**:35-6, 38
Recherche
Conseil de recherches médicales du Canada, contribution, **34**:10
Financement, **34**:11-2
Mondiale, Canada, rôle, **7**:19-20
Voir aussi sous le titre susmentionné VIH
Santé nationale et Bien-être social, ministère, contribution, **1**:29, 36, 39; **4**:23-4
Sidatiques
Augmentation, **7**:7, 9-10, 14
Cas, stabilisation, **7**:9-10
Décès, délai, **7**:7
Hétérosexuels, **7**:7, 9
Homosexuels, **7**:9
Nombre, **7**:6-7, 11; **52**:15-6, 29
Provinces, **7**:7
Toxicomanes, **7**:6, 10
Société royale du Canada, rapport, recommandations, **7**:23-5
Stratégie nationale
Centre fédéral sur le sida, rôle, **7**:17-9
Consultations, **1**:29; **7**:18
Date, **7**:17; **28**:12-3
Élaboration, **4**:6, 24-6
Financement, **28**:13
Ministres de la Santé, conférence, **1**:36, 39-40
Mise en oeuvre, **1**:43, 45; **28**:8

Santé, services—*Suite*
Système—*Suite*
Rachlis, D^r Michael et Carol Kushner, livre *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It,* critiques
Marmor, professeur Theodore R., opinion, **52**:78-9
Naylor, D^r David, commentaires, D^r Rachlis, réponse, **53**:59-61
Situation, **17**:18-9
Syndicalisation, répercussions, **35**:14-5
Tiraillements, **23**:7-8
Universalité, **36**:23-4
Technologie avancée
Évaluation, **52**:59
Garantie d'une vie de qualité, **45**:7
Répercussions, **26**:21
Utilisation, **16**:20-1; **22**:28
Voir aussi sous le titre susmentionné Coûts; Médecine; Patients—En phase terminale
Territoires du Nord-Ouest
Superficie, **38**:16-7
Responsabilité, **12**:13
Tests en laboratoire, augmentation, **21**:23
Toronto, Ont.
Personnel, pénurie, **26**:31-2
Voir aussi sous le titre susmentionné Médecines alternatives
Travail d'équipe. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Équipe multidisciplinaire, système
Utilisateurs, abus
Situation, **10**:24; **48**:33
Ticket modérateur, imposition, **13**:18-9; **23**:17-8; **52**:113-7
Utilisation inappropriée, facteurs, **13**:32
Yukon, responsabilité, **12**:13
Voir aussi Enfants—Santé; Population—Manitoba; Population, croissance—*Esquisse du Canada de demain,* rapport; Programmes établis, financement—Réduction

Santé communautaires, services
Autochtones, **12**:5-6, 13
Promotion, projets, **10**:15-6
Voir aussi Programmes établis, financement—Réduction; Santé, services; Santé mentale

Santé mentale
Association canadienne pour la santé mentale
Position et recommandations, **44**:4-8
Projets pilotes, **44**:6, 16
Voir aussi sous le titre susmentionné Recherche
Immigrants, problèmes, rapport *Puis...La porte s'est ouverte,* étude, **10**:15
Programmes, Association des psychiatres du Canada, position, **39**:18-20
Recherche, Association canadienne pour la santé mentale, approche, **44**:13-4
Ressources, Association canadienne des travailleurs sociaux, position, **30**:25
Santé communautaires, services
Administration, **44**:17
Approche, **44**:4-8
Coûts, **44**:12, 18
Programmes établis, financement, réduction, répercussions, **44**:5, 8-10

Santé mentale—*Suite*
Santé communautaires, services—*Suite*
Provinces de l'Atlantique, **44**:8-9
Régions rurales et éloignées, **44**:19-20
Responsabilité, tranfert, **44**:9
Situation, **44**:11
Voir aussi Personnes âgées

Santé nationale et bien-être social
Budget principal
1989-1990, **1**:27-58; **2**:4-34; **4**:4-40; **5**:4-51; **6**:4-23; **7**:4-32; **8**:4-23
1990-1991, **28**:5-34; **32**:4-27; **33**:5-35; **34**:4-20
Comité, séances d'information, **1**:6
Crédit 1 réservé, **2**:34
Questions, Comité, étude, **1**:33-5

Santé nationale et Bien-être social, ministère
Budget des dépenses, **1**:27-8; **28**:5-6
Programmes, **1**:28
Voir aussi sous le titre susmentionné Services médicaux, Direction générale
Recherche, travaux, **1**:47
Services médicaux, Direction générale
Autochtones, embauche, **12**:16-8
Défis, **12**:8-11
Programmes, **12**:5-8
Ressources, **12**:10
Rôle, **12**:4-5, 11
Voir aussi Démographie—Tendances; Environnement—Programmes; Maladies—Immunisation; Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement; Natalité, taux; Personnes âgées; Population—Vieillissement; Santé—Problèmes; Santé, services *passim*; SIDA; Témoins; Violence familiale

Saskatchewan. *Voir* Bien-être social—Prestations; Nouveaux horizons, programme; Santé, services

Saunders, David (Groupe de travail sur la thalidomide et Association canadienne des victimes de la thalidomide)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:27

Schizophrènes. *Voir* Maladies mentales

Schizophrénie. *Voir* Maladies mentales; Santé, services

Sciences de la santé. *Voir* Recherche et développement

Sclérose en plaque. *Voir* Recherche biomédicale

***Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It,* livre.** *Voir* Santé, services—Système—Rachlis

Secrétariat d'État
Femmes, promotion, programme, financement, réduction, **3**:15-6; **9**:14-5; **29**:11-2, 15-6, 18-9

Secrétariat du troisième âge
Engagement et travail accompli, **8**:7
Personnes âgées, **8**:19

Santé, services—*Suite*
Services sociaux, intégration—*Suite*
Coûts, **30**:38-9
Organisation, **16**:22-4
Personnes âgées, répercussions, **30**:31
Provinces, **15**:7-8
Services supplémentaires, **39**:8, 21-2
Soins
Approche, **36**:19-20
Canadiens allant aux États-Unis, **45**:25-7; **52**:107
Coûts, **52**:55
Différences selon les régions, **45**:8
Efficaces, inutiles, etc., **26**:21-2, 30-1; **52**:83, 86, 89-90, 103; **53**:62
Groupes défavorisés, **23**:29-30
Normes, **45**:7; **52**:61
Prestation dans un autre établissement ou à l'étranger, frais supplémentaires, **52**:63-4, 66-7
Qualité, **43**:29-31; **52**:81, 113-5, 119
Voir aussi sous le titre susmentionné Coûts; Personnes âgées
Soins à domicile
Dispensateurs
Assistance, **30**:5, 16-7; **42**:25-6
Membres de la famille, **18**:29-30; **39**:20-1; **42**:24
Reconnaissance, **42**:36
Rémunération, **23**:25-6
Économies réalisées, **41**:6, 15
Voir aussi sous le titre susmentionné Alimentation et nutrition; Centres de santé communautaires; Soins en établissements—Remplacement
Soins alternatifs. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Médecines alternatives
Soins de courte durée
Coûts, **52**:70-1
Et de longue durée, Association médicale canadienne, étude, **18**:29
Soins de la vue et des yeux
Association canadienne des optométristes, recommandations, **24**:5-7
Autochtones, **24**:11-3, 15-7
Examens annuels pour certains groupes d'âge, application, **24**:5-6, 21
Malformations durant le développement du foetus, données, **24**:6, 24-7
Planification, **24**:8-9
Soins d'urgence, Canada, réputation, **42**:13-4
Soins en établissements
Facturation, **41**:12-5; **42**:39
Remplacement par des soins à domicile et communautaires, **13**:6
Conseil consultatif national sur le troisième âge, position, **15**:32-3
Conseils communautaires, **13**:29-30
Coûts, **11**:34; **13**:13; **18**:24, 36-7; **39**:5, 7-9, 11
Gouvernement fédéral, intervention, **10**:21-3, 26-7; **13**:15-6; **18**:23
Organismes locaux, **16**:23-4, 26-9
Problèmes actuels, **18**:25-6
Provinces, **10**:21; **18**:23-4
Ressources, **1**:32; **4**:27-30; **18**:24, 28-9; **42**:37-8

Santé, services—*Suite*
Soins en établissements—*Suite*
Remplacement par des soins à domicile et—*Suite*
Services, qualité, **13**:13-4
Temps nécessaire, **13**:25-6
Soins personnel, élimination, **42**:31
Voir aussi sous le titre susmentionné Financement
Soins palliatifs, situation, **16**:11, 19
Suède
Comparaison, **22**:33-4; **23**:27; **30**:40; **43**:27-8
Voir aussi Coûts—Réduction, mesures; Surfacturation et ticket modérateur
Surfacturation et ticket modérateur
Association des psychiatres du Canada, position, **39**:24
Coûts, **53**:55-6, 61
Dédoublement, répercussions, **53**:62-3
Effets dissuasifs, **40**:21; **52**:68
Efficacité, **43**:16, 27
Gouvernement fédéral, intentions, **1**:42
Hôpitaux universitaires, répercussions, **53**:101
Nurse Practitioner Association of Ontario, position, **41**:26-7
Québec, initiative, **52**:113-4, 123; **53**:73-5, 79-80
Répercussions, **13**:7-8, 17
Représentation, **30**:37-8
Suède, expérience, **53**:60-1
Voir aussi sous le titre susmentionné Utilisateurs, abus
Système
Accès, élargissement, **22**:28-9; **26**:16-8; **30**:18-9, 36-7; **36**:15-7
Amélioration
Lavoie, Joe N., suggestions, **52**:59-61
Modèles étrangers, **22**:21-2, 35
Canadian Co-operative Association, position, **20**:15
Canadiens, perception, **15**:4-6; **21**:6; **36**:9, 18-9
Comparaison avec d'autres pays, **15**:17-8; **21**:25-6; **52**:99-102
Composantes, **53**:107
Déséquilibres, **52**:57
Difficultés, **53**:43
Équité, **52**:109-10
Évolution, **21**:5-6
Examen, **21**:14
Flexibilité et créativité, **39**:28-30
Fonctionnement, **45**:6, 9, 28-30
Historique, **53**:43-5
Imputabilité, **48**:32-3, 37
Inégalités régionales, **43**:32-3
Ministre, position, **4**:8-10; **28**:31-3
Modèles de remplacement
Conception, **52**:87-9
Essai, **36**:21-2
Et modes de rémunération, examen, **23**:14-5
Gestion des résultats, système, **45**:15-20, 25, 34-5
Lomas, professeur Jonathan, position, **52**:120-1
Mustard, D^{r} Fraser, position, **48**:13-4, 24-5
Psutka, D^{r} Dennis, réflexions, **45**:10-22, 27-30
Modification, **15**:31; **53**:54-5
Mortalité, taux, répercussions, **48**:7
Mustard, D^{r} Fraser, position, **48**:28-30
Naylor, D^{r} David, position, **43**:22-5
Orientation, **23**:11-2, 28-9
Rachlis, D^{r} Michael, position, **53**:64-5

Santé, services—*Suite*
Planification familiale, femmes, accès, **22**:7
Politiques publiques, enjeux, **53**:66-70
Population
Attentes, **52**:93-5
Comportement, **21**:7
Satisfaction, **43**:23, 32-6
Vieillissement, répercussions, **43**:13, 31
Voir aussi sous le titre susmentionné Coûts; Personnes âgées—Fardeau financier pour l'avenir
Privatisation
Lavoie, Joe N., position, **52**:67
Libre-échange canado-américain, Accord, répercussions, **23**:23
Ministre, position, **1**:42, 44
Situation, **52**:117
Voir aussi sous le titre susmentionné Québec
Professionnels de la santé
Collectivités autochtones, recrutement, **12**:28-9; **19**:5-6, 11-2, 21-5
Équipe multidisciplinaire, système, **16**:9-10
Étrangers, accréditation, **22**:29-32, 36-7
Manitoba, **38**:20
Ontario, **38**:14-5
Pénuries et répartition, Association des hôpitaux du Canada
Position et recommandations, **38**:4-7
Statistiques, **38**:14-5, 19-20
Rémunération, **20**:12, 19-20; **26**:12, 15-6
Rôle, **22**:35-6
Situation, **10**:18-9; **13**:6
Professionnels non médicaux
Augmentation, **6**:18
Rôle, **15**:30-1; **22**:27
Sages-femmes, **23**:23-4
Services, **23**:21, 26-7; **22**:28-9; **38**:6-8
Provinces
Études depuis 1984, nombre, **10**:13, 28; **52**:123-5
Juridictions, gouvernement fédéral, intervention, **40**:11, 14-5, 25; **45**:34
Projets pilotes, **53**:75-6, 79-80
Psychiatres
Équipe multidisciplinaire, système, **39**:30-1
États-Unis, exode, **46**:19-21
Formation, **39**:28
Immigrants, **39**:27
Pénurie, **46**:9-10
Rémunération, **46**:8, 10-2, 14, 21-2, 30
Rôle, **39**:30
Voir aussi sous le titre susmentionné Régions rurales et éloignées; Schizophrénie, traitement
Psychiatrie
Accès, **39**:6
Enfants et jeunes, **39**:21
Patients, traitement aux États-Unis, **39**:16-7; **46**:19-20
Public. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Population
Qualité et efficacité, conférences, résultats, **10**:14-5, 22
Québec
Agences communautaires, incorporation, **10**:24
Centres locaux de services communautaires, fonctionnement, **10**:16-8; **35**:15-6

Santé, services—*Suite*
Québec—*Suite*
Évolution, **35**:5-11
Financement, **23**:16-7; **35**:12
Hôpitaux de jour, mise sur pied, **16**:22, 24-8
Privatisation, Castonguay, Claude, remarques, **23**:14
Réforme, **53**:72
Voir aussi sous le titre susmentionné Centres de santé communautaires; Surfacturation et ticket modérateur
Rapport à la Chambre, **37**:3-15
Projet, étude, **37**:16; **54**:3-8
Rationnement, **43**:13-8
Réadaptation, services, **26**:11-2
Régions rurales et éloignées
Accès, **15**:29-30; **23**:20-1
Cliniques médicales itinérantes, déplacement, **23**:22-3
Médecins, établissement, **20**:20-1; **22**:16-7; **26**:26-8; **36**:9-15, 22
Mesures, **10**:15
Optométristes, établissement, **24**:18-9
Personnes âgées, **18**:23
Psychiatres, pénurie, **39**:6-7, 9-10, 23
Voir aussi sous le titre susmentionné Alimentation et nutrition; Colombie-Britannique—Médecins
Réserves indiennes, installations, description, **12**:15-6
Santé communautaires, services
Association canadienne de physiothérapie, position, **44**:34-6
Financement, **16**:8-9
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, projet, **18**:22-3
Lignes directrices nationales, **26**:4-5
Normes et critères, **18**:31
Voir aussi sous le titre susmentionné Alimentation et nutrition; Personnes âgées; Schizophrénie, traitement
Saskatchewan
Cliniques communautaires et privées, comparaison, **20**:10-2, 22-4
Coopératives de soins de santé, **20**:13-4
Voir aussi sous le titre susmentionné Dossiers médicaux, inscription sur une «carte intelligente»
Schizophrénie, traitement
Coûts, comparaison avec le traitement du SIDA, **46**:19, 28-30
Médicaments, **46**:10-1
Patients, accès, **46**:9, 17
Personnel infirmier, formation, **46**:12-3
Qualité de vie, **46**:18-9
Psychiatres, charge de travail, **46**:7-8, 12
Santé communautaires, services, intégration, **46**:13-5
Situation, **46**:5-6
Services de base assurés, **45**:23-4
Services non médicaux, intégration
Association chiropratique canadienne, proposition, **40**:6-7, 9-11, 24
Conseil des services de santé, création, **40**:9-10
Études et recherches, **40**:23-4
Services sociaux, intégration
Association des hôpitaux du Canada, position, **38**:12-4
Association des psychiatres du Canada, position, **39**:5
Coalition canadienne de la santé, position, **22**:27

Santé, services—*Suite*
Modèle médical
Extension, **18**:35-6
Médecine axée sur la promotion de la santé, évolution, **41**:5, 7
Modèle social, distinction, **15**:8-9
Personnes âgées, répercussions, **18**:26-7
Normes nationales, mise en place, **1**:43; **21**:31; **53**:46-7
Nouveaux-nés, survie, unités de soins intensifs, utilité, **17**:12-4
Objectifs, réorientation, **13**:5-8; **22**:29
Ontario
Situation, **45**:5-6, 8-11, 13-4
Voir aussi sous le titre susmentionné Dossiers médicaux, inscription sur une «carte intelligente»; Interventions chirurgicales—Pontages coronariens; Médecines alternatives—Naturopathie; Professionnels de la santé
Optométristes
Autochtones, **24**:11
Femmes, **24**:12-5
Formation, **24**:9-11, 17-8, 21-2
Frais de services, **24**:22-3
Hall, Commission, commentaires, **24**:7-8
Lunettes, vente, **24**:23-4
Voir aussi sous le titre susmentionné Régions rurales et éloignées
Paiement à l'acte, système
Efficacité, **21**:20-2; **23**:17; **26**:22; **52**:57
Remplacement, Baycrest Centre for Geriatric Care, recommandation, **42**:37
Paramédicaux. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Professionnels non médicaux
Patients
En phase terminale
Question, approche, **38**:18-9; **52**:69-70
Technologie avancée et méthodes coûteuses, utilisation, **39**:12-3
Prise de décision en cas d'incompétence, soins de santé, directives, système
Description, **53**:5-25, 29-31
Études, financement, **53**:26-7, 29-30
Idlewyld Manor, enquête, **53**:19-23, 27
Incompétence, niveau, détermination, **53**:39-40
Légalisation, **53**:29, 32-4, 38
Public, information, **53**:38
St. Joseph's Villa, étude, **53**:25-6
Soins de soutien, **53**:35-7
Testaments biologiques, comparaison, **53**:34-5
Voies respiratoires, obstruction suite à une crise cardiaque, procédure, **53**:40-1
Réaction psychologique et éducation face à la maladie, **21**:16-7
Visites chez le médecin, fréquence, **15**:15-6, 25
Voir aussi sous le titre susmentionné Baycrest Centre for Geriatric Care—Personnel; Greater Victoria Hospital Society; Interventions chirurgicales; Psychiatrie; Schizophrénie, traitement
Pauvres, utilisation, **43**:23, 26-7
Personnes âgées
Dépression, problème, **39**:15-6
En phase terminale, situation, **16**:10-1, 13, 19-20

Santé, services—*Suite*
Personnes âgées—*Suite*
Encouragements à quitter les établissements, **30**:12-5
Fardeau financier pour l'avenir
Evans, Robert, article de la publication intitulée *Aging and Health: Linking Research and Public Policy,* citation, **10**:7-9
Population, structures d'âge, **11**:21-2
Provinces, politiques fondées sur l'âge, **8**:19-20
Situation dans d'autres pays, **11**:7
Vieillissement, dénominateur, seuil de 65 ans, **11**:22
Fractures de la hanche, prévention, **48**:9
Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, document *Le vieillissement, la prestations des soins de santé demain,* commentaires, **10**:8
Nombre, augmentation, **16**:4-5; **30**:5; **52**:53, 57, 125
Nouvelle-Écosse, personnes recevant le supplément du revenu garanti, craintes, **39**:25-7
Placement en établissements, raisons, **16**:17; **22**:27
Santé communautaires, services, prévision, **10**:11-2; **18**:22-3; **42**:24-6
Soins, prévision
Approche, **15**:29; **23**:19-20, 25; **32**:12-4; **52**:57
Centres de jour, mise sur pied, **30**:20-1
Centres socio-culturels, intégration, **23**:24
Études, **32**:14-5
Handicapés, comparaison, **42**:27
Lignes directrices, élaboration, **10**:10, 22
Pays étrangers, modèles, **42**:32
Responsabilités, répartition, **16**:7-8
Services interdisciplinaires, **16**:17-8
Soins de longue durée, importance, **15**:32-4, 36-7
Traitement, économies réalisables, **30**:31-2
Utilisation, augmentation, **43**:12-3
Voir aussi sous le titre susmentionné Financement; Interventions chirurgicales—Pontages coronariens; Modèle médical; Services sociaux, intégration; Régions rurales et éloignées
Pharmaciens, rôle, **36**:25-8, 35
Physiothérapeutes
Accès direct, **44**:30
Déploiement, projet, **44**:26-7
En formation, nombre, **44**:27
Étrangers, **44**:28
Femmes, **44**:25-6
Handicapés, **44**:32-3
Médecins, rapports, modèle du Manitoba, **44**:30
Normes professionnelles, uniformisation, **44**:23, 29-30
Pénurie, **44**:25, 33-4
Association canadienne de physiothérapie, recommandations, **44**:22-4
Personnel de soutien, **44**:28-9
Praticiens privés, **44**:27, 36-7
Quittant la profession, nombre et raisons, **44**:28, 31, 37
Recrutement, **44**:28
Réintégration dans la profession, rattrapage, programme, **44**:25-6, 32
Rôle, **44**:21-2
Travail à temps partiel, **44**:26
Physiothérapie, services, projet de recherche, **44**:31-2
Planification et coordination, communauté, rôle, **13**:29-31

Santé, services—*Suite*
Infirmières—*Suite*
Voir aussi sous le titre susmentionné Greater Victoria Hospital Society
Infirmières praticiennes
Accès, **41**:17-9
Clientèle, **41**:27-8
Définition, **41**:4, 19-20
Formation, **41**:15-7, 22-3, 31-2
Nord canadien, services, **41**:21, 24-6
Rémunération, **41**:9-10, 12, 20-1, 23
Responsabilité lors d'une erreur de diagnostic, **41**:17, 31
Rôle, **41**:4-6, 8-9, 16
Sages-femmes, collaboration, **41**:24
Services, **41**:17-8
Voir aussi sous le titre susmentionné Centres de santé communautaires; Médecine—Spécialisation
Institut canadien de recherches avancées, position, **48**:26-8
Institut national, création, **53**:76
Institutionnalisation. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Hospitalisation
Intervenants, nombre, **21**:4-5
Interventions chirurgicales
Accessibilité, coûts, **45**:32-3
Césariennes, **22**:8; **43**:31-2
Coeur, chirurgie
Remplacement par un traitement par chélation, **42**:14-5, 17-20
Vancouver, C.-B., liste d'attente, **13**:25
Décision, responsabilité, **21**:23-5, 27-8
Fréquence, comparaison, **42**:21-2
Inutiles, périmées, etc., American College of Surgeons, approche, **21**:13-4
Justification, **21**:15-6
Listes d'attente, **45**:30-2
Médecins, **45**:7
Patients, **21**:26-9
Pontages coronariens
Et angiographies coronariennes, projet de recherche, **43**:30-1
Ontario, taux, **43**:18-20; **45**:8
Personnes âgées, **48**:31-2
Patients aisés financièrement, **21**:28-30
Poursuites judiciaires, répercussions, **21**:18-20
Qualité, évaluation, **48**:8-9
Qualité de vie, intégration, **21**:11-5
Répercussions, **21**:8-10
Situation, **43**:18
Jeunes
Conscientisation, **23**:21
Voir aussi sous le titre susmentionné Alimentation et nutrition—Enfants; Diététiciens et nutritionnistes; Psychiatrie—Enfants
Jones, D[r] Barry
Position, Association des psychiatres du Canada, appui, **46**:31
Voir aussi sous le titre susmentionné Financement
Médecine
Approche corporatiste, **22**:23-4
Coûts, **45**:33
Pratiques, **13**:6-7; **42**:9

Santé, services—*Suite*
Médecine—*Suite*
Progrès, **38**:16-7
Spécialisation, infirmières praticiennes, position, **41**:21-2
Surspécialisation, **22**:28
Technologie avancée, répercussions, **43**:20-1, 24, 28
Voir aussi sous le titre susmentionné Autochtones; Médecines alternatives; Modèle médical
Médecine préventive
Intégration, **42**:13
Voir aussi sous le titre susmentionné Cholestérol, taux, abaissement
Médecines alternatives
Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, position, 42:7-9
Dangers, **42**:20-2
Examen, **42**:4-5
Gouvernement, initiatives, **4**:24
Médecine traditionnelle, réponse, **42**:17-20
Naturopathie, Ontario, interdiction, **42**:17-8
Toronto, Ont., herboriste, cas, **42**:20-1
Médecins
Attitude, **26**:13
Banque de données
Association médicale canadienne, mise sur pied, **36**:6-7, 18
Députés médecins, **36**:20
Centres urbains, concentration, **38**:10-2
Charge de travail, **43**:8-9, 29-30
Décisions, imputabilité, **48**:29-33
Diagnostics et actes médicaux, précision, **52**:81-3, 85-6
Étrangers, accréditation, **18**:20
Exode, **36**:15-6
Femmes, **12**:14-5
Formation, **21**:6; **36**:5, 9-10; **52**:90-1
Immigrants, reconnaissance, **38**:16
Information, pharmaceutique, industrie, rôle, **52**:93-7
Nombre et répartition, **15**:6, 12-3; **18**:16-7; **20**:19; **21**:5, 22-3; **35**:7-8, 17-9; **38**:14; **43**:12
Nouvelles tendances, adaptation, **13**:37; **52**:110-1
Population par médecin civil, tendance, **38**:18
Poursuites judiciaires, craintes, **13**:38; **53**:27-8, 31-2
Problèmes, complexité, **36**:5-6
Protection juridique, **52**:105
Rémunération, **15**:18-9; **35**:19
Rendement, **52**:103-4
Ressources, planification, Association médicale canadienne, efforts, **36**:4-9
Style de vie, nouvelle génération, tendance, **26**:23
Voir aussi sous le titre susmentionné Chiropraticiens—Et médecins; Colombie-Britannique; Coûts; Greater Victoria Hospital Society; Infirmières—Services; Interventions chirurgicales; Patients—Visites; Physiothérapeutes; Régions rurales et éloignées
Minorités ethniques
Accès, **15**:30
Différences culturelles, croyances, valeurs, etc., **16**:19-20; **18**:5-18
Femmes, besoins, **22**:13-5
Modèle de rentabilité, provinces, approche, **15**:10-1

Santé, services—*Suite*
États-Unis—*Suite*
Voir aussi sous le titre susmentionné Psychiatres—Exode; Psychiatrie—Patients; Soins—Canadiens
Femmes
Âgées, **22**:24-5
Besoins, **22**:5-6, 10, 12-3, 18
Centres de santé, financement, **23**:24
Voir aussi sous le titre susmentionné Hygiène; Médecins; Minorités ethniques; Optométristes; Physiothérapeutes; Planification
Femmes autochtones, rôle, **12**:13-4
Financement
Association canadienne des ergothérapeutes, position, **26**:9-10, 16
Association canadienne des optométristes, commentaires, **24**:27
Association des psychiatres du Canada, position, **39**:17-8
Association médicale canadienne, position, **36**:20-3
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, position, **27**:14-5
Comparaison avec d'autres pays, **35**:12-3
Diminution, **28**:24, 26
Experts, avis, **36**:22
Fonds utilisés à mauvais escient, **52**:71
Franchise annuelle de 100 $, **19**:15, 19-20; **42**:32-4; **52**:118-22
Gouvernement fédéral, **18**:14-5; **48**:14, 33-5
Jones, D[r] Barry, approche, **46**:27
Maladies, tables de classement, **52**:60
Méthodes, **15**:9
Ministre, mesures, **11**:25-7
Objectifs, **30**:39-42
Personnes âgées et malades chroniques, répercussions, **15**:28-9
Provinces, **18**:33
Question, importance, **36**:20-1
Redistribution, **26**:10-1, 16-7
Répartition
Efficacité, critère, **35**:13-4
En fonction des besoins, proposition, **52**:127-9; **53**:49-50
Problèmes, **15**:40-2
Restrictions budgétaires, répercussions, **52**:108-9, 112-3
Secteurs public et privé, **52**:92-3, 117
Soins en établissements, **16**:8, 15-6
Taxe de vente sur les produits et services, recettes, **23**:26-7
Taxe sur les services, proposition, **20**:21; **21**:25; **53**:71-2, 76-8, 101-2
Voir aussi sous le titre susmentionné Femmes—Centres; Fonctionnement; Greater Victoria Hospital Society; Québec; Santé communautaires, services
Financement global, mécanisme de 1977
Fonctionnement, **10**:7, 22-3, 27
Modification, **52**:60
Provinces, fonds en contrepartie, comparaison, **10**:23
Fonctionnement et financement, étude, **10**:6-29; **11**:5-38; **12**:4-29; **13**:4-39; **14**:4-25; **15**:4-43; **16**:4-31; **17**:4-32; **18**:4-38; **19**:4-26; **20**:4-27; **21**:4-31; **22**:4-38; **23**:4-31; **24**:4-27; **26**:4-33; **27**:4-37; **30**:4-44; **33**:3; **35**:4-20; **36**:4-36; **37**:16; **38**:4-23; **39**:4-31; **40**:4-27; **41**:4-34; **42**:4-41; **43**:4-38; **44**:4-38; **45**:4-36; **46**:4-31; **48**:4-43; **49**:4-35; **52**:4-129; **53**:5-126; **54**:3-8

Santé, services—*Suite*
Gestion
Amélioration, **52**:59
Approche, **45**:8-9; **52**:56, 59
Responsabilité, **43**:36-7
Gouvernement fédéral, intervention, **20**:16; **22**:26-7
Coûts, **4**:33
Domaines, **15**:6-11, 17, 24, 26; **23**:8-9
Moyens, **15**:37-9, 42-3
Provinces, collaboration, **16**:19-21
Rôle, **21**:30-1; **23**:12-3; **39**:11-5; **43**:24, 33-4; **52**:125-7
Santé, Loi canadienne, recours, **15**:17
Greater Victoria Hospital Society
Critiques, **13**:36-7
Description et fonctionnement, **10**:12-3, 27-8; **13**:8-12, 18
Efficacité, **13**:35-6
Établissements, fusionnement, **13**:14-5
Financement, **13**:34
Infirmières auxiliaires, **13**:34-5
Médecins, **13**:35
Mise en place, **13**:32-4
Obstétrique, inclusion, **13**:26
Patients, besoins, **13**:35
Recommandations, **13**:17-8
Services, **13**:27-9
Soins prolongés, initiative, **13**:23
Succès, **13**:27-8; **18**:24
Système, extension, **10**:20; **13**:19-20, 25; **23**:27
Handicapés
En établissements, installation dans des logements, **26**:14-7
Voir aussi sous le titre susmentionné Personnes âgées—Soins, prévision; Physiothérapeutes
Haute technologie. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Technologie avancée
Hospitalisation
Coûts, **17**:18-9; **52**:57, 61
Climat, répercussions, **42**:28-9
Sans raison valable, **15**:13-4
Taux, variation selon les provinces, **10**:23
Hygiène de la reproduction, services, femmes, accès, **22**:6-7, 11-2
Immigrants
Accès, **15**:30
Voir aussi sous le titre susmentionné Médecins; Psychiatres
Indiens vivant hors des réserves, situation, **19**:6-7, 10-1, 13
Infirmières
À temps plein et à temps partiel, nombre, **26**:23-5; **30**:17-8
Auxiliaires, services, **18**:37
Conditions de travail, **30**:21
Exode, **10**:25-6; **30**:10-1, 20-2
Image, **30**:10-1
Pénurie, **13**:6, 24-5; **15**:23; **22**:29-30; **30**:7, 15; **41**:6-7
Potentiel, **30**:19-20
Quittant la profession, raisons, **21**:6; **22**:30; **30**:21
Rémunération, **30**:11, 15
Revendications, **30**:11-2
Rôle, **18**:38; **22**:30-1; **52**:56
Services assurés par des médecins, fourniture, **18**:30-1, 37
Stress, **30**:15-6

Santé, services—*Suite*
Cholestérol, taux, abaissement—*Suite*
Médecine préventive, utilisation, D^r Diehl, programme, **42**:10-1
Cliniques communautaires
Regina, Sask., **20**:24-7
Rôle, **20**:17-8
Transformation en coopératives de soins de santé, **20**:14-5
Utilité, **36**:15-6; **52**:98-9
Voir aussi sous le titre susmentionné Saskatchewan
Coalition canadienne de la santé
Position et recommandations, **22**:26-8
Voir aussi sous le titre susmentionné Services sociaux, intégration
Collectivités, besoins, **13**:20-1
Colombie-Britannique
Agences communautaires, incorporation aux services de santé, **10**:23-4
Médecins, stage dans les régions éloignées, obligation, **15**:14-5
Comité
Approche, **15**:6, 16
Audiences publiques, **49**:4
Étude, réorientation, **53**:42-3, 47-8, 51, 54
Europe de l'Ouest, tournée, **37**:16
Ministre, comparution, **28**:34
Naylor, D^r David, invitation, suggestions, **43**:28-9
Rapport, présentation, date, **22**:38
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, position et recommandations, **22**:5-10, 18, 20, 23
Conseil consultatif national, constitution, **10**:28-9; **23**:16, 28
Conseil des autochtones du Canada, recommandations, **19**:7-8
Contandriopoulos, André-Pierre, étude, **23**:17-8
Coopératives de soins de santé
Encouragement, mesures, **20**:16-7
Rôle, **20**:5-8, 12
Voir aussi sous le titre susmentionné Autochtones; Cliniques communautaires—Transformation; Saskatchewan
Coûts
Accidents ou maladies liés au travail, **27**:14
Assurance-maladie, régimes, **52**:106-7
Augmentation, **21**:5, 7-8
Depuis 1971, **42**:5
Facteurs, **10**:8
Médecins et hôpitaux, **20**:18-9; **21**:5, 7; **36**:18-9; **38**:20-3; **42**:5
Personnes de plus de 65 ans, **11**:31-3; **18**:5
Rachlis, D^r Michael, propos, **53**:54-5
Services, prestation, **38**:14
Capitation, régime, **41**:32-4
Comparaison avec d'autres pays, **15**:16; **43**:4-12; **52**:56, 91
Contrôle, **20**:9; **38**:17; **52**:79-80
Lits, fermeture, **21**:7
Médecins et hôpitaux, **52**:126-8
Soins, qualité, répercussions, **52**:84-6, 90
Corps et cerveau, détérioration, **46**:5-6
Derniers six mois de la vie, **15**:33-5, 40; **18**:24; **30**:27, 31-2
Économie, croissance, lien, **48**:6, 9-13, 24, 35-7, 40, 42
Médicaments de prescription, **53**:107-8, 124-5
Par habitant, **13**:5; **45**:6-7

Santé, services—*Suite*
Coûts—*Suite*
Patients sans espoir de rémission, **53**:28-9
Population, état de santé, comparaison, **23**:4-7
Provinces, **21**:5; **52**:65
Public, information, **13**:21-2
Rapport avec le PNB, **15**:29, 32, 37; **43**:13; **48**:6; **52**:56, 79
Réduction, mesures, **4**:19-20; **22**:18; **27**:15; **52**:112
Assurances privées, **30**:40, 42-3
Ministre, **4**:19-20
Suède, **52**:64-5
Utilisateurs, **22**:33-4; **23**:15-6, 30-1; **35**:10, 12, 16-7, 19-20; **39**:18, 24-5
Répartition, **27**:36; **52**:55
Soins à l'étranger, **52**:65-6
Technologie avancée, **11**:34
Visites inutiles, **39**:24, 26-7
Voir aussi sous le titre susmentionné Alimentation et nutrition; Gouvernement fédéral, intervention; Hospitalisation; Interventions chirurgicales—Accessibilité; Médecine; Schizophrénie, traitement; Services sociaux, intégration; Soins; Soins de courte durée; Soins en établissements—Remplacement par des soins à domicile et communautaires; Surfacturation et ticket modérateur
Crise, **13**:5, 12-3
Dépenses. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Coûts
Diététiciens et nutritionnistes
Jeunes, recrutement, **27**:25-6
Nombre, **27**:29
Nutri-Système, programme, **27**:26
Postes au niveau municipal, **27**:31-2
Profession, accès, **27**:26-9, 34
Rôle, **27**:18
Secteur privé, **27**:24
Services, **27**:22-3
Voir aussi sous le titre susmentionné Centres de santé communautaires
Dossiers médicaux, inscription sur une «carte intelligente»
Association canadienne de l'industrie du médicament, position, **53**:122-3
Avantages, **53**:68
Ontario, **53**:80-1
Psutka, D^r Dennis, approche, **45**:21-2, 24, 34-6
Saskatchewan, **53**:80
Éparpillement, **16**:30-1
Équipe multidisciplinaire, système
Approche, **30**:28-31
Statut juridique, **41**:30, 33
Voir aussi sous le titre susmentionné Professionnels de la santé; Psychiatres
Ergothérapeutes
Formation, **26**:17
Rémunération, **26**:12-3
Rôles, **26**:9
Services, **26**:6-7, 9
Et santé, rapport, **52**:80-1, 103
États-Unis
Comparaison, **13**:23-4, 31-2; **21**:9-10; **52**:54-5, 76-8
Situation, **45**:7, 11-4, 31; **48**:6-7

Santé, Loi canadienne—*Suite*
Modification, suggestions—*Suite*
Rachlis, Dr Michael, **53**:51-2
Physiothérapie, inclusion, Association canadienne de physiothérapie, proposition, **44**:31
Principes de base
Interprétation, **53**:55-6
Lomas, professeur Jonathan et professeur Theodore R. Marmor, position, **52**:106
Programmes établis, financement, Loi de 1977, lien, **53**:45
Provinces, pénalités, **53**:54
Voir aussi Santé, services—Gouvernement fédéral, intervention

Santé, services
Accessibilité
Budget du 20 févr. 1990, répercussions, **30**:6
Égalité, objectif, **23**:20, 24-5, 28
Et contrôle, commission de la santé publique, constitution, **42**:5, 11-3, 22
Personnes aisées, **52**:97-8
Santé nationale et Bien-être social, ministère, responsabilité, **12**:11-2
Alimentation et nutrition
Coûts, **27**:30
Enfants et jeunes, **27**:21
Personnes défavorisées, **27**:20-1
Planification pour l'avenir, **27**:19-20
Régions rurales et éloignées, **27**:20
Santé communautaires, services, **27**:19
Soins à domicile, programmes, **27**:24-5
Association canadienne des ergothérapeutes
Position et recommandations, **26**:4-5
Voir aussi sous le titre susmentionné Centres de santé communautaires; Financement
Association canadienne des travailleurs sociaux, préoccupations, **30**:26-7
Association chiropratique canadienne
Position et propositions, **40**:5-7
Voir aussi sous le titre susmentionné Services non médicaux, intégration
Association des citoyens avertis pour la médecine préventive
Position et recommandations, **42**:4-6
Voir aussi sous le titre susmentionné Médecines alternatives
Association des consommateurs du Canada, position, **23**:19-21
Association des infirmières et infirmiers du Canada, position et recommandations, **30**:4-7
Association des psychiatres du Canada
Position et recommandations, **39**:4-9
Questions préparées à l'intention des députés, **39**:30
Voir aussi sous le titre susmentionné Financement; Jones, Dr Barry—Position; Services sociaux, intégration; Surfacturation et ticket modérateur
Autochtones
Accès, **19**:22
Assistance, députés, rôle, **19**:20-1
Conseils de santé et autres, représentation, **19**:8, 12, 17-9
Coopératives de soins de santé, modèle, **20**:21-2
Dease Lake, C.-B., clinique, **15**:20

Santé, services—*Suite*
Autochtones—*Suite*
Médecine traditionnelle
Médecine moderne, intégration, **19**:9-10, 12-3
Recours, **12**:22-3, 26
Pays étrangers, comparaison, **19**:13-4
Prise en main, **17**:30; **19**:5
Programmes, transfert aux collectivités, **12**:7-8, 12-3, 23-4
Santé nationale et Bien-être social, ministère et ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, coordination, **1**:47
Situation, **19**:4-5
Voir aussi sous le titre susmentionné Optométristes; Soins de la vue et des yeux
Baycrest Centre for Geriatric Care
Clientèle, **42**:37
Personnel et patients, liens, **42**:29-31
Position et propositions, **42**:23-6
Services, **42**:28-9
Voir aussi sous le titre susmentionné Paiement à l'acte, système—Remplacement
Canada
Compétences, exportation, **52**:53-4, 60-1
Perception dans le monde, **10**:19; **53**:107
Centres de santé communautaires
Association canadienne des ergothérapeutes, position, **26**:7
Augmentation, **41**:31
Centres de service communautaires, intégration, **15**:30
Chiropraticiens, **20**:27
Diététiciens, **27**:30
Hastings, rapport, répercussions, **20**:9-10
Hôpitaux communautaires, liens, **41**:29-30
Infirmières praticiennes, **41**:9-11
London, Ont., **26**:8
Normalisation, gouvernement fédéral, rôle, **39**:22
Québec, modèle, **17**:25
Santé publique, services, **4**:11-2
Soins à domicile, **41**:11
Chiropraticiens
Et médecins
Double emploi, problème, **40**:21
Honoraires, écarts, **40**:24-5
Relations, **40**:7-8, 14
Établissements de santé, accès, **40**:10-3, 15, 17-8
Formation, coûts, **40**:5, 15-7
Honoraires, **40**:5, 18-20
Nombre, **40**:4
Nouvelle-Écosse, **40**:13-5
Rôle, **40**:4-5, 12-3
Voir aussi sous le titre susmentionné Centres de santé communautaires
Chiropratie, traitements
Maux de dos invalidants, **40**:6-7
Méthodes, **40**:5
Personnes de plus de 50 ans, **40**:26-7
Personnes sans qualifications, **40**:16-7
Provinces, **40**:25-6
Radiographies, **40**:21-3
Visites, remboursement, **40**:19-21
Cholestérol, taux, abaissement
Expériences, **48**:7-8

Rivard, Marie-France (Association des psychiatres du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **39**:13-7, 20-1, 26, 29, 31

Robinson, Svend J. (NPD—Burnaby—Kingsway)
Centre fédéral sur le sida, 7:26
Comité, 7:13-4
Droits de la personne, Loi, 7:25-6
Pénitenciers, 7:25
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, 7:13-4, 17, 22-6
SIDA, 7:17, 23-6

Roe, Donna (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **18**:23-5, 28-9, 31-7

Rowsell, Harry (Conseil canadien de protection des animaux)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:90-7, 104

Roy-Arcelin, Nicole (PC—Ahuntsic; vice-présidente)
Alcoolisme, **12**:27
Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration, ministère et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21, **31**:20-1
Autochtones, **12**:24
Comité
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4
Travaux, planification, **1**:6; **11**:3
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:26-7; **9**:33-4
1990-1991, **31**:20-1
Écoles, **33**:26
Enfants, **17**:28-9
Hôpitaux, **23**:17
Langues officielles, **33**:27
Main-d'oeuvre, **3**:27
Médicaments, **36**:35
Minorités visibles, **9**:33-4
Personnes âgées, **8**:22-3; **32**:22
Recherche biomédicale, **34**:13
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **12**:24, 27; **15**:25; **16**:29-31; **17**:28-9; **18**:36; **19**:21-2; **23**:17-8, 29-30; **30**:21; **33**:3; **36**:23, 35; **37**:16
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **5**:47; **6**:22; **8**:22-3
1990-1991, **32**:22; **33**:26-7; **34**:11-3
SIDA, **34**:11-2
Sports d'hiver, **5**:47
Universités, **6**:22; **36**:23
Violence familiale, **31**:21
Voir aussi Vice-président du Comité—Élection

RPC. *Voir* Pensions du Canada, Régime

Ruth, Sam (Baycrest Centre for Geriatric Care)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **42**:23-4, 27-40

Sages-femmes. *Voir* Santé, services—Infirmières praticiennes *et* Professionnels non médicaux

Saint-Jean, Denis (Conseil de recherches médicales du Canada)
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **6**:10
1990-1991, **34**:19

St. Joseph's Villa. *Voir* Santé, services—Patients—Prise de décision en cas d'incompétence, soins de santé, directives, système

Sans-abri. *Voir* Maladies mentales—Schizophrènes

Santé
Alimentation et nutrition, sécurité, **27**:18
Amélioration
Centres de vie, création, **52**:60
Condition physique, promotion, **4**:20-1; **5**:7, 13
Médecine, limites, **17**:10
Retraités, habitudes, **16**:14
Santé publique, mesures, **22**:17
Conseil consultatif national sur le troisième âge, position, **15**:28
Détérioration, **45**:27
Environnement
Enfance, répercussions, **48**:4-5, 19-25, 40-1, 43
Propice, création, **15**:11-2, 23-5
Sensibilité, problème, **4**:7-8; **28**:10, 30
Facteurs d'influence, **35**:4-5; **48**:15-9
Groupe de travail fédéral-provincial, constitution, **26**:6
Médecins, contribution, **52**:87
Meme, prothèse mammaire, innocuité, **28**:18-9
Organisation mondiale de la santé, définition, **13**:16-7
Pauvreté, répercussions, **24**:19-21
Politique nationale, **38**:11
Population canadienne, évolution, comparaison, **23**:5-6
Problèmes
Démographie, **48**:14-6
Santé nationale et Bien-être social, ministère, approche, **1**:43-5
Promotion
Et prévention, **43**:21-2
Facteurs, **10**:9-10, 15
Groupes défavorisés, campagne, **23**:21, 29
Initiatives, **11**:32-4; **26**:5-6
Secteur privé, **52**:55-6
Voir aussi sous le titre susmentionné Amélioration—Condition
Vieillissement, répercussions, **16**:6-7
Voir aussi Autochtones; Bandes indiennes—Traités; Collectivités autochtones; Enfants; Femmes; Gander, T.-N.—Avion; Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement—Victimes; Pauvreté; Personnes âgées; Santé, services *passim*

Santé, Loi canadienne
Avortement, inclusion, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, recommandation, **9**:10, 24-5, 32-3; **22**:7
«Médecin», terme, remplacement par «professionnel de la santé», **41**:7
«Obligation pour des raisons médicales», article, élargissement à l'optométrie, **24**:5, 22
Modification, suggestions
Lavoie, Joe N., **52**:68-9

Recherche biomédicale—*Suite*
Animaux, utilisation en laboratoire—*Suite*
Conseil de recherches médicales du Canada, position, **53**:93
Contribution à la science, **49**:31-2; **53**:91
Débat, polarisation, **49**:15-8
Disposition à la fin des expériences, **49**:32-3
Établissements non conformes, **49**:13-5; **53**:92, 96-7
Fédération canadienne des sociétés de biologie, position, **53**:88-90
Mouvement de défense
Activités, **53**:94
Financement, **49**:11, 25
Gouvernement fédéral, enquête, **49**:11-2, 25-8
Médias, utilisation, **53**:95-6
Répercussions, **49**:34-5
Physicians Committee for Responsible Medecine, approche, **49**:28-30
Pourcentage, **49**:11
Solutions de remplacement, **49**:18-9, 22-4, 32
Université de Toronto, animaux volés, utilisation, **49**:17-20
Besoins futurs, Conseil de recherches médicales du Canada, prévisions, **6**:20-1
Chercheurs
États-Unis, exode, **52**:118, 122
Femmes, représentation, **6**:13-4
Incitations à demeurer au Canada, **34**:8, 18-9
Réputation internationale, **49**:6
Voir aussi sous le titre susmentionné Animaux, utilisation en laboratoire
Économies réalisées, **52**:54
Financement
Gouvernement fédéral, **53**:50-2
Politiciens, attitude, **52**:117-8
Réduction, **52**:86-7
Secteurs public et privé, **6**:18-20
Gouvernement fédéral, rôle, **1**:46-7
Laboratoires universitaires, déplacement vers les centres urbains et les hôpitaux affiliés, **6**:9; **34**:13
Psychiatrie, **46**:20-1
Recherches mal effectuées, **52**:120
Sclérose en plaque, gène, découverte, **34**:11
Secteurs prioritaires, **34**:13-4
Vieillissement, maladies, **8**:11, 21

Recherche et développement
Brevets et dispositions connexes, Loi (modification), projet de loi C-22 (2e sess., 33e lég.), répercussions, **53**:87, 99-100, 109
Chercheurs, formation, **53**:85-6
Fédération canadienne des sociétés de biologie, position et recommandations, 53:85-8
Financement
Augmentation, **53**:86-7
Secteur privé, contribution, **53**:97-9
Voir aussi sous le titre susmentionné Pharmaceutique, industrie; Recherche
Pharmaceutique, industrie
Et produits cosmétiques, industrie, contrôle, **49**:12-3
Financement, **53**:108-9, 114-5
Préoccupations, **53**:111-2

Recherche et développement—*Suite*
Recherche fondamentale, financement, réduction, **53**:87, 117-20, 125-6
Recherche pharmaceutique, conseil consultatif national, création, **53**:110-1
Sciences de la santé, Association canadienne de l'industrie du médicament, programme de bourses, **53**:109-10, 121-2
Taxe de vente sur les produits et services et droit d'auteur, Loi, répercussions, **53**:87-8, 104-5

Recherche pharmaceutique. *Voir* Recherche et développement

REÉR. *Voir* Épargne-retraite, régimes enregistrés

Réfugiés
Enfants, parrainage, **3**:20-1

Régime fiscal
Femmes, répercussions, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, étude, **9**:9

Regina, Sask. *Voir* Santé, services—Cliniques communautaires

Reid, Ross (PC—St. John's-Est; secrétaire parlementaire du ministre des Pêches et des Océans)
Revenu annuel garanti, **2**:25-6
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **2**:25-6

Reproduction, technologies
Commission royale d'enquête, création
Avortement, question, inclusion, **4**:22-3
Condition féminine Canada, rôle, **29**:7
Membres, financement, etc., informations, **3**:10-1, 14-5; **4**:21-2
Objectif, **1**:31, 48
Organisation et travaux, retards, **29**:10-1
Résultats, attentes, **4**:10
Condition féminine Canada
Engagement, **3**:7
Voir aussi sous le titre susmentionné Commission royale d'enquête, création
Problèmes d'éthique et de morale, **1**:31

Réserves indiennes. *Voir* Garderie, services; Santé, services

Retraite anticipée
Espérance de vie, répercussions, **14**:17-9
Voir aussi Pensions de retraite—Femmes

Retraite obligatoire
Abolition, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, recommandation, **9**:9
Ministre d'État, position, **32**:19

Revenu annuel garanti
Instauration, travailleurs pauvres, répercussions, **2**:25-7

Ricard, Guy (PC—Laval)
Comité, séance d'organisation, **1**:8, 10, 20

Richarson Merrill. *Voir* Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement

Ritchie, Judith (Association des infirmières et infirmiers du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **30**:4-8, 10-23

Porter, Bob—*Suite*
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **10**:20; **12**:27-8; **13**:18; **17**:7, 25, 30; **18**:27; **27**:7; **35**:12, 17-8; **36**:29; **38**:14, 18; **39**:9; **40**:16, 20-1; **41**:15; **42**:7, 22; **44**:25; **46**:9, 22, 28; **49**:31; **52**:15; **53**:27-8, 95, 104, 124-6
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **2**:24; **6**:8
1990-1991, **32**:27; **34**:8
SIDA, **12**:27-8; **52**:15
Supplément du revenu garanti, programme, **2**:24
Voir aussi Président du Comité—Élection

Postes, services
Superboîtes, personnes âgées, utilisation, **32**:25

Postes, tarifs. *Voir* Nord canadien—Colis

Postlewaite, Gordon (Association canadienne de l'industrie du médicament)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:109-12, 114-26

Poston, Jeff (Association pharmaceutique canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **36**:31-2, 34-5

Power, Shirley (Association canadienne des diététistes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **27**:18-23, 34

Présidence, décisions et déclarations
Rappels aux Règlement, report, **53**:61-2

Président du Comité
Élection de Porter, **1**:8

Procès-verbaux et témoignages
Impression, m. (Wilbee), **1**:9, adoptée, 10
Am. (Langan), **1**:9, adopté, 10

Produit national brut (PNB). *Voir* Santé, services—Coûts—Rapport

Produits chimiques toxiques
Contact avec des substances, analyses, **6**:7-8

Produits cosmétiques, industrie. *Voir* Recherche et développement—Pharmaceutique, industrie—Et produits

Produits naturels
Ingrédients, identification, **1**:49-50

Professionnels de la santé. *Voir* Santé, Loi canadienne—«Médecin»; Santé, services; SIDA—VIH—Traitement

Programmes établis, financement (FPE)
Augmentation, **28**:6
Dépenses publiques, compression, projet de loi C-69, répercussions, **53**:45, 47-8, 56-7, 126
Niveaux d'avant 1986, rétablissement, Association des hôpitaux du Canada, recommandation, **38**:6-7, 9
Réduction
Contandriopoulos, André-Pierre, réaction, **23**:13
Plafonnement à 3%, répercussions, **1**:42-4
Points d'impôt, transfert aux provinces, **53**:81-2
Provinces, représentation, **11**:25-6; **53**:69-70, 83-4
Répercussions, **53**:45-50, 52-3, 60-1, 82-3
Santé, services, répercussions, **30**:26
Santé communautaires, services, répercussions, **18**:29

Programmes établis, financement (FPE)—*Suite*
Provinces
Fonds, orientation, **18**:32; **44**:10
Voir aussi sous le titre susmentionné Réduction
Voir aussi Santé mentale—Santé communautaires, services

Programmes établis, financement, Loi de 1977
Financement, provenance, **53**:54
Voir aussi Santé, Loi canadienne

Programmes sociaux. *Voir plutôt* Sécurité sociale, programmes

Prothèse mammaire *Meme*. *Voir plutôt Meme*, prothèse mammaire

Provinces de l'Atlantique. *Voir* Garderie, services—Nouvelles places, création; Santé mentale—Santé communautaires, services

Psutka, D^r^ Dennis (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **45**:4-36
Voir aussi Santé, services—Dossiers médicaux, inscription sur une «carte intelligente» *et* Système—Modèles de remplacement

Psychiatres. *Voir* Association canadienne pour la santé mentale; Santé, services

Psychiatrie. *Voir* Recherche biomédicale; Santé, services

***Puis...La porte s'est ouverte*, rapport.** *Voir* Santé mentale—Immigrants

Québec. *Voir* Hôpitaux—Salles d'urgence, engorgement; Nouveaux horizons, programme; Santé, services

Rachlis, D^r^ Michael (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:42-58, 61-5
Voir aussi Santé, Loi canadienne—Modification, suggestions; Santé, services—Coûts—Augmentation *et* Système

RAPC. *Voir* Assistance publique du Canada, Régime

Rapports à la Chambre
Premier (régime de soins de santé), **37**:3-15
Deuxième (*Le sport amateur: Des défis à relever*), **47**:i-ix, 1-59

Réadaptation. *Voir* Santé, services

REAL Women of Canada
Conférence dénonçant l'égalité des femmes, financement, **9**:14
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, réaction, **9**:15, 18-9, 35-6
Justification, **3**:15-6

Recherche biomédicale
Animaux, utilisation en laboratoire
Association médicale mondiale, principes, **53**:91
Autorisation, procédure, **49**:5-6, 20-2
Chercheurs
Dialogue avec le mouvement de défense, **49**:33-4
Harcèlement, intimidation, etc., **49**:7-10
Message, transmission, **49**:34-5
Conseil canadien de protection des animaux, rôle, **53**:89, 91-4

Pharmaceutique, industrie
Brevets et dispositions connexes, Loi (modification), projet de loi C-22 (2e sess., 33e lég.), répercussions, **36**:29
Produits, qualité, contrôle, **36**:34
Voir aussi Médicaments—Mise; Personnes âgées—Médicaments, consommation—Médecins; Recherche et développement; Santé, services—Médecins—Information

Pharmaciens
Femmes, représentation, **36**:29-31
Voir aussi Médicaments—Surconsommation; Personnes âgées—Médicaments, consommation—Abusive; Santé, services

Phinney, Beth (L—Hamilton Mountain)
Assurance-maladie, régimes, **26**:6
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, **27**:10
Hôpitaux, **38**:19
Médicaments, **13**:38
Personnes âgées, **8**:17-8
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **13**:37-8; **15**:41-2; **23**:27; **26**:6; **27**:10; **30**:42; **38**:19-20; **54**:3-4
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **8**:17-8

Physicians Committee for Responsible Medecine. *Voir* Recherche biomédicale—Animaux, utilisation en laboratoire

Physiothérapeutes. *Voir* Santé, services

Physiothérapie. *Voir* Santé, Loi canadienne; Santé, services; Universités

Planification familiale. *Voir* Santé, services

Plews, Nancy (Association canadienne de physiothérapie)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **44**:21-4, 27-30, 32-7

PNB. *Voir* Produit national brut

PNLAADA. *Voir* Autochtones—Alcool et drogues, abus, lutte, programme national

Polio. *Voir* Maladies

Politiciens. *Voir* Recherche biomédicale—Financement

Pommiers
Alar, pesticide, répercussions, **1**:43, 46

Pontages coronariens. *Voir* Santé, services—Interventions chirurgicales

Population
«Baby boom»
Représentation, **11**:17
Voir aussi sous le titre susmentionné Vieillissement
Centres urbains, concentration, répercussions, **14**:15-7
Manitoba, situation, répercussions sur les services de santé, **14**:23-4
Régions, répartition, gouvernement, politique, **14**:11-3
Rurale, diminution, **14**:23-5
Vieillissement
«Baby boom», répercussions, **11**:7, 16
Comparaison avec d'autres pays, **11**:8-9, 19

Population—*Suite*
Vieillissement—*Suite*
Conseil consultatif national sur le troisième âge, position, **15**:39
Défis, **8**:7
Facteur multiculturel, **18**:5
Fécondité et mortalité, taux, répercussions, **11**:7, 10-1, 15
Ralentissement, immigration, apport, **11**:7, 10-1, 18-21
Répercussions, analyses, Ministre d'État, priorité, **32**:6-7
Santé nationale et Bien-être social, ministère, document, **14**:6-7
Suède, situation, **14**:13-5
Voir aussi Santé, services

Population, croissance
Crise, **14**:5-6
Dix prochaines années, changements, explications, **14**:7-8, 10-1
Économie, répercussions, **11**:11-3, 23, 35-6
Esquisse du Canada de demain, rapport
Approche, **14**:5
Données, **14**:6
Présentation à travers le pays, réactions, **14**:4-5
Projections jusqu'en l'an 2786, **14**:7-8
Santé, services, répercussions, **14**:14-5
Viellissement, répercussions, **11**:5-9, 24-5, 29-31, 35
Immigration
Niveau de 1931, retour, **14**:22-3
Politique, influence, **14**:11-3
Niveau dans 10 et 25 ans, prévision, **11**:23

Population active
Femmes
Impôt sur le revenu, répercussions, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, étude, **31**:9, 12
Obstacles, suppression, **29**:5
Répercussions, études, **14**:21-2
Statistiques, **9**:8

Population mondiale
Structures d'âge, conférence, Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, accueil, **11**:8

Porter, Bob (PC—Medicine Hat; président)
Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, **42**:7
Avortement, projet de loi C-43, **31**:11
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, **27**:7
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:8; **34**:8
Emploi et immigration, budget principal 1990-1991, **31**:11
Enfants, **17**:7, 25, 20
Hôpitaux, **38**:18
Impôt sur le revenu, **32**:27
Maladies, **49**:31
Maladies mentales, **46**:22
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:18
Personnes âgées, **18**:27
Pharmaceutique, industrie, **36**:29
Recherche biomédicale, **53**:95
Recherche et développement, **53**:104, 125-6

Pauvreté
Femmes et enfants, rapports, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, mémoire, **31**:8, 11-2, 24-5
Santé, criminalité, etc., répercussions, Institut canadien de recherches avancées, étude, **48**:39-40
Seuils, Conseil national du bien-être social, prévisions, **2**:30-2
Voir aussi Emploi—Plein emploi; Personnes âgées; Santé; Taxe de vente sur les produits et services—Femmes

Pénitenciers
Détenus souffrant de troubles mentaux, **44**:12
P4W, fermeture, **29**:33-4
SIDA, prévention, condoms, distribution
Approche, **52**:38-9
Centre fédéral sur la sida, position, **7**:25
Stupéfiants, **28**:12
Voir aussi SIDA—Toxicomanes—Détenus

Pennington, Edward J. (Association canadienne pour la santé mentale)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **44**:10-1

Pensions, régimes
Femmes, accès, **3**:6, 26
Voir aussi Supplément du revenu garanti, programme

Pensions de retraite
Femmes célibataires, retraite anticipée, fonds, transfert dans un REÉR, **3**:19-20
Régime public indexé, création, **2**:20-1

Pensions de vieillesse. *Voir* Sécurité du revenu, programmes—Allocations

Pensions du Canada, Régime (RPC)
Invalidité, prestations, **1**:33
Prestations de décès, versement au conjoint survivant, **32**:26-7

Pentamidine en aérosol, médicament. *Voir* SIDA—VIH—Traitement

Personnes âgées
Alimentation
Problèmes, **27**:34-6
Repas congelés, valeur nutritive, **27**:32-3
Voir aussi sous le titre susmentionné Démence
Apport à la société, **8**:5
Asiatiques, représentation, **18**:16
Augmentation, projections, **11**:15-6
Autonomie, Ministre d'État, priorités, **8**:5-7, 17
Budget du 27 avr. 1989
Répercussions, **8**:10, 15-6
Voir aussi sous le titre susmentionné Logement
Capacités intellectuelles et ressources, **8**:17-8
Caractéristiques, **16**:5-6
De plus de 65 ans
Minorités ethniques, **18**:5, 11
Statistiques, **1**:32; **8**:7
De plus de 85 ans entre 1981 et 2001, pourcentage, **16**:5
Démence
Alimentation, habitudes, répercussions, **15**:21-2
États-Unis, situation, **48**:9
Statistiques, **39**:6

Personnes âgées—*Suite*
Espérance de vie, augmentation, **10**:8-9
Voir aussi sous le titre susmentionné Femmes
Femmes
Espérance de vie, augmentation par rapport aux hommes, **11**:16
Médicaments, consommation, **10**:24-5
Représentation, **8**:4
Pauvreté, **3**:23-6; **8**:13-4; **32**:6, 27
Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés, révision, **32**:5, 7
Logement
Budget du 27 avr. 1989, répercussions, **8**:14-5
Nombre, augmentation, **8**:8
Mauvais traitements
Dingwall, article publié dans le *Chronicle-Herald* de Halifax, Ministre, allusion, **28**:5
Étude, rapport, publication, **32**:23
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, constatation, **18**:27
Ministre, mesures, **1**:50-2
Personnes vivant dans des établissements, cas, **8**:22-3; **32**:22-3
Médias, stéréotypes véhiculés, **8**:16-7
Médicaments, consommation
Abusive, pharmaciens, approche, **36**:33-4
Association canadienne de l'industrie du médicament, initiatives, **53**:113
Contrôle, mesures, **4**:34-5; **16**:14-5
Décès dus aux effets secondaires, **42**:10, 16
Médecins, éducation, pharmaceutique, industrie, implication, **53**:123-4
Voir aussi sous le titre susmentionné Femmes
Mortalité, taux
Évolution, **14**:10
Recherche, **14**:19
Pauvreté
Situation, **16**:18-9
Voir aussi sous le titre susmentionné Femmes
Programmes fédéraux, **32**:9-11
Qualité de vie, **1**:32
Santé
Prise en main, **30**:8-10
Situation, **10**:8-9; **15**:22
Santé mentale
Amélioration, **39**:7
Bien-être physique, rapport, **10**:19
Santé nationale et Bien-être social, ministère, dépenses, **1**:32
Travailleurs sociaux, services, **30**:24
Victimes d'extorsion, **8**:22
Vieillissement et maladies, sensibilisation, **16**:10-2
Voir aussi Foyers pour personnes âgées; Hôpital général de Montréal; Immigrants; Impôt sur le revenu; Maladies—Grippe; Postes, services—Superboîtes; Santé, services; Secrétariat du troisième âge; Sécurité du revenu, programmes—Allocations familiales et pensions de vieillesse, prestations, récupération; Transports—Taxe; Taxe de vente sur les produits et services—Crédit; Victoria, C.-B.

Petites entreprises, prêts, Loi. *Voir* Femmes—Entrepreneurs

O'Hashi, Jack (Association médicale canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **36**:13, 16-7, 19-20

Olney, Marie (Association canadienne des victimes de la thalidomide)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:29

OMS. *Voir* Organisation mondiale de la santé

ONS. *Voir* Organismes nationaux de sport

Ontario. *Voir* Garderie, services—Assistance publique du Canada, Régime; Santé, services

Oordt, Mary D. (Association canadienne pour la santé mentale)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **44**:4, 8-9, 11-20

Optométrie. *Voir* Santé, Loi canadienne—«Obligation

Optométristes. *Voir* Santé, services

Ordres de renvoi
Crédits
1989-1990
Emploi et immigration, budget principal, **1**:3
Santé national et bien-être social, budget principal, **1**:3
1990-1991
Emploi et immigration, budget principal, **28**:3
Santé nationale et bien-être social, budget principal, **28**:3

Organisation mondiale de la santé (OMS). *Voir* Santé

Organisations féminines
Hommes, exclusion, **31**:16

Organismes de service pour le sida (OSS). *Voir* Centre fédéral sur la sida

Organismes nationaux de sport (ONS)
Assurances, protection, accès, **5**:49-50
Financement
Condition physique et Sport amateur Canada, approche, **33**:14-5
Critères, **33**:31-4
Gouvernement et secteur privé, **5**:30-1
Organismes locaux, **5**:45-7
Secteur privé, **33**:11, 16
Ministre d'État, rencontres, **5**:50
Taxe de vente sur les produits et services, répercussions, **33**:18-9
Voir aussi Athlètes—Participation; Sport amateur

Orientation sexuelle. *Voir* Conseil consultatif canadien de la situation de la femme—Membres; Droits de la personne, Loi; Femmes—Victimes de discrimination

OSS. *Voir* Organismes de service pour le sida

Ottawa—Carleton, Ont., région. *Voir* Hôpitaux—Lits

Oulton, Judith A. (Association des infirmières et infirmiers du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **30**:9, 13-4, 16-7, 22-3

P4W. *Voir* Pénitenciers

Pagtakhan, Rey (L—Winnipeg-Nord)
Aînés, autonomie, Programme d'aide, **32**:24-5, 27
Alcool, **39**:10
Association canadienne pour la santé mentale, **44**:14-5
Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration, ministère et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21, **9**:26, 37
Assurance-maladie, régimes, **13**:32
Autochtones, **17**:8; **29**:28-9
Avortement, **9**:26-7
Avortement, projet de loi C-43, **9**:25
Comité, **1**:58; **40**:29-30; **50**:18; **52**:72; **53**:57-8
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:4; **54**:5-6
Travaux, planification, **1**:6; **43**:3
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **9**:25-7, 30, 36
Dette nationale, **53**:51
Emploi, **48**:39
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **9**:25-7, 30, 36-7
1990-1991, **29**:27-9
Enfants, **17**:8-9; **48**:37-8
Femmes immigrantes, **29**:27-8
Hôpitaux, **18**:28; **38**:8-9, 22; **52**:68
Immigration, **11**:23
Maladies, **42**:34-5
Maladies mentales, **39**:22; **44**:15-7
Médicaments, **18**:21
Thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:18-20; **51**:10-2, 15-6
Natalité, taux, **11**:24
Nurse Practitioner Association of Ontario, **41**:15-6
Pauvreté, **48**:39-40
Personnes âgées, **32**:23, 27
Population, croissance, **11**:23
Postes, services, **32**:25
Programmes établis, financement, **18**:29; **38**:9
Recherche biomédicale, **49**:31-4
Santé, Loi canadienne, **44**:31; **52**:68, 106; **53**:51
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **11**:22-4; **13**:12-4, 31-4, 38; **16**:19-20, 28; **17**:8-9; **18**:20-1, 27-31, 37; **38**:7-9, 20-3; **39**:10-2, 17, 21-3; **40**:21-5; **41**:15-9, 34; **42**:11-2, 22, 34-7; **44**:14-8, 29-33; **48**:35, 37-40; **49**:31-5; **52**:12-4, 26-7, 47-8, 50-1, 65-8, 72, 103-7; **53**:40-1, 50-1, 57-8, 62-3, 74-6; **54**:3-6, 8
Santé mentale, **44**:16-8
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:58
1990-1991, **32**:23-5, 27
SIDA, **52**:12-4, 26-7, 47-8, 50-1

Pape, Bonnie (Association canadienne pour la santé mentale)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **44**:15

PARTICIPaction
Canadiens, perception, **5**:13-4; **33**:8

Partners in Research
Constitution, **49**:10-1
Représentants, crédibilité, **49**:24
Voir aussi Témoins

Pauvres. *Voir* Santé, services

Ministère de la Défense nationale. *Voir plutôt* Défense nationale, ministère

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. *Voir plutôt* Santé nationale et Bien-être social, ministère

Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. *Voir plutôt* Affaires indiennes et Nord canadien, ministère

Minorités ethniques. *Voir* Médicaments; Personnes âgées—De plus de 65 ans; Santé, services

Minorités visibles
Femmes, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, travaux, **9**:8-9, 18, 33-4

Mitchell, Margaret Anne (NPD—Vancouver-Est)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **22**:11-3, 24-5, 28-30

Molloy, D^r^ D.W. (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:5-24, 26-41

Monteith, l'hon. J. Waldo. *Voir* Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement—Gouvernement, responsabilité, reconnaissance

Monteith, Ken (PC—Elgin)
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4

Montréal, Qué. *Voir* SIDA

Moon, Russell. *Voir* Sports—Handicapés

Moore, Barry (PC—Pontiac—Gatineau—Labelle; secrétaire parlementaire du ministre d'État (Petites entreprises et Tourisme))
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:4

Moore, Jim (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **12**:12-3, 17, 19-21, 23-5

Mortalité, taux. *Voir* Autochtones—Enfants; Enfants; Personnes âgées; Population—Vieillissement—Fécondité; Santé, services—Système

Murphy, Claude (Groupe de travail sur la thalidomide)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:20, 27

Murphy, E. Michael (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **11**:9-21, 35-7; **14**:4-15, 17-25

Mussallem, Helen (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **18**:21-2, 26-7, 30, 35

Mustard, D^r^ Fraser (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **48**:4-43
Voir aussi Enfants—Développement; Garderie, services; Santé, services—Système

Mutations antigènes. *Voir* SIDA—VIH

Myers, Brenda (Association canadienne de physiothérapie)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **44**:25-37

Myopathie. *Voir* Maladies

Natalité, taux
Santé nationale et Bien-être social, ministère, mesures, **11**:24

Naturopathie. *Voir* Santé, services—Médecines alternatives

Nault, Robert D. (L—Kenora—Rainy River)
Nouveaux horizons, programme, **32**:19-21
Pensions du Canada, Régime, **32**:26
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1990-1991, **32**:16, 19-21, 26
Supplément du revenu garanti, programme, **32**:16

Naylor, D^r^ David (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **43**:4-38
Voir aussi Santé, services *passim*

Nicholson, J. David (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **4**:17, 38-9

Nolte, Judith (Conseil consultatif canadien de la situation de la femme)
Emploi et immigration, budget principal 1989-1990, **9**:19-20

Nominations par décret
Comité, examen, **1**:24-5

Non-fumeurs, santé, Loi
Application, retard, **1**:48, 50

Nord canadien
Colis alimentaires, postes, tarifs, **12**:19-21
Voir aussi Santé, services—Infirmières praticiennes

Nouveaux horizons, programme
Financement
4 millions $, gel, **28**:19-20; **32**:19-22
Réduction, immigrants âgés, répercussions, **32**:17-8
Québec, **28**:20
Saskatchewan, **28**:19

Nouveaux-nés. *Voir* Enfants; Santé, services

Nouvelle-Écosse. *Voir* Santé, services—Chiropraticiens *et* Personnes âgées

Nurse Practitioner Association of Ontario
Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières diplômées de l'Ontario, rapports, **41**:16
Femmes, représentation, **41**:23
Membres, nombre, **41**:15
Voir aussi Santé, services—Surfacturation et ticket modérateur; Témoins

Nutrition. *Voir plutôt* Alimentation et nutrition

Nutritionnistes. *Voir* Santé, services—Diététiciens

Obstétrique. *Voir* Santé, services—Greater Victoris Hospital Society

McDougall, l'hon. Barbara Jean—*Suite*
Réfugiés, enfants, parrainage, **3**:21
Reproduction, technologies
Commission royale d'enquête, création, **3**:10-1, 14-5
Condition féminine Canada, **3**:7
Secrétariat d'État, femmes, promotion, programme, financement, réduction, **3**:15-6
Violence familiale
Abris à court terme, financement, **3**:7
Forum national, **3**:7

McDougall, Gail (Association canadienne des travailleurs sociaux)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **30**:23-6, 28-35, 37, 40-4

McGarry, Jacqueline (Association canadienne des ergothérapeutes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **26**:8-9, 11, 13, 16-7

McGuire, Joe (L—Egmont)
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:4
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **33**:3

McKerracher, Finlay (Association canadienne des hôpitaux d'enseignement)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **26**:18-33

McKinnon, Dorothy (Institut canadien de recherches avancées)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **48**:25

McMurtry, professeur Robert Y. (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **21**:4-31

Médecine. *Voir* Hôpitaux d'enseignement—Professions; Santé—Amélioration; Santé, services

Médecins. *Voir* Crises cardiaques—Prévention; Hôpitaux; Hôpitaux d'enseignement; Personnes âgées—Médicaments, consommation; Santé; Santé, Loi canadienne; Santé, services; SIDA—VIH—Traitement

Médias. *Voir* Personnes âgées; Recherche biomédicale—Animaux, utilisation en laboratoire—Mouvement de défense

Médicaments
Abus, **22**:23-4
Approuvés, mise en marché, **53**:111-2, 120-1
Coûts, augmentation
Gouvernements, **42**:16-7
Manitoba Society of Seniors, position, **39**:22-4
Tendance, **36**:34-5
Effets secondaires, **42**:15
Essais internationaux, Canada, participation, **18**:21
Gratuité, Association pharmaceutique canadienne, position, **36**:32-3
Hépatite B, vaccin, coût, **53**:115-6
Minorités ethniques, **18**:19
Mise au point, pharmaceutique, industrie, approche, **53**:112-3
Propriété intellectuelle, **53**:112, 116-7
Surconsommation
Greater Victoria Hospital Society, contrôle, moyens, **13**:38

Médicaments—*Suite*
Surconsommation—*Suite*
Pharmaciens, responsabilité, **36**:35
Thalidomide, victimes, dédommagement
Canada, comparaison avec d'autres pays, **50**:24
Chadderton, H. Clifford, intérêt, **50**:5
Comité, assistance, recours, **50**:12-3
Étude, **50**:4-32; **51**:4-16
Fonds, versement dans un fonds de fiducie, projet, **50**:20-1, 26
Fonds de 7,5 millions $, répartition à parts égales
Admissibilité, conditions, **51**:15-6
Assistés sociaux et personnes indemnisées, données, **51**:6-7
Droits et libertés, Charte canadienne, contravention, avis juridiques, **50**:7
Gouvernement, proposition, **50**:6, 15-6, 22; **51**:5
Inscriptions, **51**:7-9
Maintien, poursuite devant la Cour fédérale du Canada, **50**:13
Ministre, approche, **28**:16-8
Provinces, réaction, **50**:14
Remplacement par une formule de paiements à titre gracieux (selon le degré de handicap), Groupe de travail sur la thalidomide, proposition, **50**:7, 9, 13, 15-7, 22-3, 25-7, 30-1; **51**:8-12
Gouvernement, responsabilité, reconnaissance, **50**:6, 8, 13-4, 17
Aide versée dans les années 1960, représentation, **50**:19-20
Comité des Nations Unies sur les droits de la personne, action entreprise, **50**:12, 19; **51**:14
Groupe de travail sur la thalidomide, options, **50**:12-3
Monteith, l'hon. J. Waldo, ancien ministre, engagement, **50**:14
Groupe de travail sur la thalidomide, rapport, conclusions, **50**:6, 13-4, 16
Historique, **50**:6
Invalidité, critères, **50**:9-11, 15
Ministre
Déclarations publiques, **50**:11-2, 25-7
Engagement, **4**:11-5
Richardson Merrill, compagnie américaine, indemnités versées, **50**:7-9, 14-5, 28-30
Santé nationale et Bien-être social, ministère, consultations avec le Groupe de travail sur la thalidomide, **51**:5-6, 10
Victimes
Âge et sexe, **51**:14-5
Femmes, nombre, **51**:14
Membres de la famille, soins, indemnisation, **50**:25
Nombre, **50**:18, 21; **51**:5-6, 14
Santé, état actuel, **51**:16
Subsistance, moyens, **50**:24-5
Voir aussi Brevets et dispositions connexes, Loi (modification), projet de loi C-22; Personnes âgées; Santé, services *passim*; SIDA—VIH—Traitement

***Meme*, prothèse mammaire.** *Voir* Santé

Mepham, Virginia (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:27

Maladies mentales—*Suite*
Malades, réinsertion dans la collectivité
Besoins, **44**:14
Institutions, services de soutien, **44**:11, 19
Legge, John, cas, **44**:8
Obstacles, **44**:11
Personnes souffrant de troubles graves, **44**:5, 17-8
Résultats, **46**:8-9, 17
Personnes souffrant de troubles chroniques, données, **44**:16
Schizophrènes
Centres urbains, concentration, **46**:22-3, 30
Conditions de vie, **46**:6-7
Nombre, **46**:4
Sans-abri, **46**:23-4
Suicides, taux, **46**:6
Toxicomanie, répercussions, **46**:22-3
Traitement, clozapine, utilisation, **39**:22-3; **46**:7, 15-7
Schizophrénie
Recherche, financement, **46**:24-7
Symptômes, identification, **46**:4-5
Soins communautaires, personnes aptes, nombre, **44**:15-6

Malnutrition. *Voir* Autochtones—Enfants

Maloff, Bretta (Association canadienne des diététistes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **27**:24, 27-30, 32-3, 35-6

Manitoba. *Voir* Population; Santé, services—Physiothérapeutes—Médecins *et* Professionnels de la santé

Manitoba Society of Seniors. *Voir* Médicaments—Coûts, augmentation

Marché du travail. *Voir* Femmes; Services sociaux—Femmes

Marks, Leonara (Association canadienne de l'industrie du médicament)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:113

Marmor, professeur Theodore R. (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **52**:75-9, 87, 89-103, 105-8, 110-6, 119, 121-5, 127-9
Voir aussi Santé, Loi canadienne—Principes de base—Lomas; Santé, services—Système—Rachlis

Martin, Paul (L—LaSalle—Émard)
Clubs de l'âge d'or, **8**:8-9
Emploi et immigration, budget principal 1989-1990, **3**:20-2
Femmes, **3**:21-2
Hôpital général de Montréal, **8**:9
Logements sociaux, **3**:20-1
Personnes âgées, **8**:8
Réfugiés, **3**:20
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **8**:8-9
Transports, **8**:8-9
Travailleurs âgés, **8**:9

Marwick, Thomas E. (Canadian Co-operative Association)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **20**:8-27

McCormick, Christopher (Conseil des autochtones du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **19**:4-26

McCue, Dorothy (Conseil des autochtones du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **19**:13-4, 22

McCurdy, Howard (NPD—Windsor—Sainte-Claire)
Conseil de recherches médicales du Canada, **34**:5-7, 14-6
Recherche biomédicale, **34**:8
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1990-1991, **34**:5-8, 14-6
Universités, **34**:7-8

McDougall, l'hon. Barbara Jean (PC—St. Paul's; ministre de l'Emploi etde l'Immigration; secrétaire d'État aux Affaires extérieures)
Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration, ministère et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21
Femmes, répercussions, **3**:14
Prestations et congées parentaux, **3**:6
Assurance-chômage, régime, emploi, abandon, motifs, **3**:18
Avortement, projet de loi C-43, gouvernement, approche, **3**:16
Comité, témoins, comparution, convocation, etc., **3**:20
Commerce, marchés mondiaux, concurrence, ressources humaines, mise en valeur, stratégie, **3**:8-9
Commission de la condition de la femme des Nations Unies, Canada, réélection, **3**:8
Condition féminine, Commonwealth, ministres responsables, réunion, **3**:8
Condition féminine Canada
Activités, **3**:4-5
Budget des dépenses, **3**:8
Objectifs, **3**:8-9
Rôle, **3**:9-10
Droits de la personne, Loi, orientation sexuelle, inclusion, **3**:15
Emploi, équité, Loi
Application obligatoire, **3**:17
Dispositions, **3**:12-3
Emploi et immigration, budget principal 1989-1990, **3**:4-29
Famille monoparentale, **3**:17-9
Femmes
Doublement désavantagées, étude, lesbiennes, inclusion, **3**:15
Égalité, **3**:9-10
Entrepreneurs, **3**:22-3, 28-9
Marché du travail, intégration, Condition féminine du Canada, efforts, **3**:5-6
Fonction publique, femmes, **3**:7-8, 12-3
Garderie, services
Familles monoparentales, **3**:18
Nouvelles places, création, **3**:25
Réserves indiennes, financement, **3**:24-5
Stratégie nationale, **3**:6
Logements sociaux, budget du 27 avr. 1989, répercussions, **3**:21-2
Main-d'oeuvre, femmes immigrantes, **3**:7, 27
Pensions, régimes, femmes, accès, **3**:6, 26
Pensions de retraite, femmes célibataires, retraite anticipée, fonds, transfert dans un REÉR, **3**:20
Personnes âgées, femmes, **3**:23-4
REAL Women of Canada, conférence dénoncant l'égalité des femmes, financement, **3**:15-6

Langan, Joy—*Suite*
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:52-4; **2**:9, 11-2, 30-2; **4**:15-9, 35-7; **6**:5-8
1990-1991, **28**:26-9
Sécurité du revenu, programmes, **1**:54; **2**:9, 11-2
SIDA, **4**:15-7

Langues officielles
Condition physique et Sport amateur Canada, initiatives, **33**:27

Lavoie, Joe N. (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **52**:52-71
Voir aussi Santé, Loi canadienne—Modification, suggestions; Santé, services—Privatisation *et* Système—Amélioration

Law, D^r^ M.M. (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **1**:49-50, 53; **4**:7-8, 19, 24, 34-5

Lay, D^r^ Dorothy. *Voir* Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

***Le vieillissement, la prestation des soins de santé demain,* document.** *Voir* Santé, services—Personnes âgées—Institut

LeBlanc, Francis G. (L—Cape Breton Highlands—Canso)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **54**:7

Leggat, Sandra (Baycrest Centre for Geriatric Care)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **42**:24-6, 28-32, 34-40

Legge, John. *Voir* Maladies mentales—Malades, réinsertion dans la collectivité

Lesbiennes. *Voir* Femmes—Doublement

Ley, Dorothy (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **16**:4-22

Libre-échange canado-américain, Accord (ALE). *Voir* Santé, services—Privatisation

Liston, A.J. (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **51**:12-4
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **7**:4, 18, 28-9

Littlechild, Willie (PC—Wetaskiwin)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1990-1991, **33**:27-9
Sports, **33**:27-9
Sports d'hiver, **33**:27-8

Logement. *Voir* Famille—Monoparentale; Personnes âgées; Santé, services—Handicapés—En établissements

Logements sociaux
Budget du 27 avr. 1989, répercussions, **3**:20-2
Familles monoparentales, situation, **3**:18-9

Lomas, professeur Jonathan (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **52**:80-8, 90, 93, 95-100, 102-7, 110-1, 113-7, 120-1, 123-9
Voir aussi Santé, Loi canadienne—Principes de base; Santé, services—Système—Modèles de remplacement

London, Ont. *Voir* Santé, services—Centres de santé communautaires

Lunettes. *Voir* Santé, services—Optométristes

Lynch, D^r^ Gillian (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **12**:4-29

Maheu, Shirley (L—Saint-Laurent—Cartierville)
Avortement, projet de loi C-43, **9**:24
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **21**:3
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **9**:34-5
Emploi et immigration, budget principal 1989-1990, **9**:24, 34-5
Gouvernement, **9**:35
REAL Women of Canada, **9**:35
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **21**:26; **35**:15-7

Main-d'oeuvre
Femmes immigrantes, **3**:7, 27
Vieillissement, **27**:4

Maisons de retraite. *Voir plutôt* Foyers pour personnes âgées

Makosky, Lyle (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **5**:20-1, 32-3, 39, 40, 42, 49-50
1990-1991, **33**:19, 28, 32-4

Maladies
Alzheimer
Personnes vivant à domicile, conjoints, répercussions, **15**:7, 20-1
Recherche, financement, **42**:34-5
Coqueluche, vaccination, programme, **51**:13-4
Grippe, personnes âgées, vaccination, campagne, **42**:35
Immunisation, programmes, Santé nationale et Bien-être social, ministère, politique, **51**:13
Myopathie, équipements, dépenses, déduction de l'impôt sur le revenu, **28**:30-1
Polio, répercussions, jeunes, attitude, **49**:20, 31
Voir aussi Personnes âgées—Vieillissement; Recherche biomédicale—Vieillissement; Santé, services—Coûts—Accidents *et* Financement; SIDA

Maladies mentales
Démence, causes, **15**:21
Dépenses, ventilation, **44**:15
Institutions
Places, nombre, **44**:12-3
Voir aussi sous le titre susmentionné Malades, réinsertion dans la collectivité

Jeux olympiques
Athlètes, participation, programmes *Mieux que jamais*, renouvellement, **5**:8, 17
Voir aussi Athlètes

Jeux olympiques de 1992. *Voir* Sport amateur—Concours

Jeux olympiques de 1996
Toronto, Ont., candidature, **33**:10, 25-6

Jones, D^r Barry (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **64**:4-31
Voir aussi Santé, services

Jones, Jean (Association des consommateurs du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **23**:19-29, 31

Jouer à l'égalité. Les femmes et la fonction publique fédérale (1908-1987). *Voir* Fonction publique—Femmes—Conseil

Justice
Contestation judiciaire, programme, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, position, **31**:13-4

Karpoff, Jim (NPD—Surrey-Nord)
Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, **42**:7
Brevets et dispositions connexes, Loi (modification), projet de loi C-22 (2^e sess., 33^e lég.), **53**:114
Comité, **51**:4; **52**:108; **53**:58-9
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **21**:3; **54**:5-6
Travaux, planification, **14**:3
Démographie, **14**:11-2
Famille, **14**:12
Hôpitaux, **13**:31; **38**:12, 15
Immigrants, **14**:19-20
Maladies mentales, **46**:15-6
Médicaments, **53**:115
Thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **51**:4, 8-10, 15
Personnes âgées, **8**:13-5; **16**:18-9
Population, **14**:11, 13-4, 25
Population, croissance, **14**:11-2
Programmes établis, financement, **53**:52-3, 82
Recherche biomédicale, **49**:12-3, 15; **53**:96-7, 114-5
Recherche et développement, **53**:97-8
Santé, **45**:27
Santé, Loi canadienne, **53**:54
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **13**:29-31, 35; **14**:11-4, 19-20, 25; **16**:17-9, 26; **21**:18, 20, 25; **38**:10, 12-3, 15, 18; **41**:8-9; **42**:7-9, 29-31; **45**:27-8; **46**:13-6; **49**:12-3, 15-6; **52**:16-8, 35-6, 67, 69-70, 91-5, 108; **53**:24, 28-9, 31-2, 46, 52-4, 58, 76-8, 82, 96-8, 101, 105, 114-5; **54**:3-8
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **8**:12-5
SIDA, **52**:16-8, 35-6
Travailleurs âgés, **8**:12
Troisième âge, **8**:12

Keough, Kevin M.W. (Fédération canadienne des sociétés de biologie)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:85-8, 90, 98-105

Keyes, Stan (L—Hamilton-Ouest)
Athlètes, **5**:33-5
Dubin, Commission, **5**:35
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **5**:28, 33-5, 45

Kilger, Bob (L—Stormont—Dundas)
Athlètes, **33**:17-8
Comité
Séance d'organisation, **1**:10
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3
Organismes nationaux de sport, **5**:50; **33**:18-9
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **15**:35; **26**:7-8
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **5**:19, 21-2, 45, 50
1990-1991, **33**:16-9, 31
Sport amateur, **5**:19, 21-2
Sports, **33**:16-7, 31

Koury, Allan (PC—Hochelaga—Maisonneuve)
Comité, travaux, planification, **14**:3

Kushner, Carol. *Voir* Santé, services—Système—Rachlis

Laboratoires universitaires. *Voir* Recherche biomédicale

***La santé des enfants du Canada*, rapport.** *Voir* Enfants—Santé—Institut

Lambert, Gérard (Association canadienne des optométristes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **24**:4-5

Landry, Léo-Paul (Association médicale canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **36**:10, 12-4, 22-3

Langan, Joy (NPD—Mission—Coquitlam)
Bien-être social, **1**:52-3
Cancer du sein, **1**:53-4; **4**:19; **6**:5-6; **28**:27-8
Comité
Séance d'organisation, **1**:9-10, 12, 14, 16-22, 24-6
Sous-comité du progamme et de la procédure, rapports, **10**:3-4
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **9**:29
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:6-7
Emploi et immigration, budget principal 1989-1990, **3**:23, 25; **9**:28-9, 36
Enfants, **1**:52; **4**:18-9; **17**:11, 29
Enfants, droits, Convention des Nations Unies, **28**:26
Femmes, **9**:28-9
Gander, T.-N., **4**:17-8
Garderie, services, **3**:23, 25; **4**:35-7; **9**:36; **28**:27-9
Pauvreté, **2**:30-2
Personnes âgées, **3**:23
Produits chimiques toxiques, **6**:7-8
Santé, **17**:10
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **15**:14-6, 42; **17**:9-11, 29-30; **19**:11-3, 19-20; **23**:16-7, 23-4

Hôpital général de Montréal
Personnes âgées, diagnostic, problèmes, **8**:9

Hôpital Sunnybrook. *Voir* Garderie, services

Hôpitaux
Autochtones, services, **12**:6
Avortements, Association des hôpitaux du Canada, position, **38**:12
Bénévoles, action, **18**:28
Cliniques externes, **52**:59-60
Colombie-Britannique, journées-patients, données, **48**:7, 25
Comités consultatifs, **52**:61
Conseils d'administration, **52**:58-9, 68
Coûts, golfe Persique, guerre, répercussions, **52**:53
Environnement, comités, **52**:58
Équipements, dépenses, **52**:58
Lits
Fermeture, **38**:5, 19
Ottawa—Carleton, Ont., région, cas, **15**:7
Rentabilisation, **52**:58
Infirmières auxiliaires, services, **13**:31
Installations et matériel diagnostiques, financement, **8**:11
Médecins, horaire de travail, rémunération, etc., **38**:8-9
Qualité, programmes, **38**:9-10
Rentabilisation
University Hospital, exemple, **52**:62-3
Voir aussi sous le titre susmentionné Lits
Ressources
Redistribution, **19**:14-5
Utilisation, **52**:57-8
Rôle, **15**:25-6
Salles d'urgence, engorgement
Malades, doubles visites, **38**:22
Québec, **23**:17-8
Situation, **38**:14-5
Soins de courte durée et durée du séjour, statistiques, **13**:5-6
Utilisation, **38**:18
Voir aussi Recherche biomédicale—Laboratoires; Santé, services—Coûts *et* Québec

Hôpitaux communautaires. *Voir* Centres d'excellence; Santé, services—Centres de santé communautaires

Hôpitaux d'enseignement
Médecins, recrutement et rémunération, problèmes, **26**:20-2, 28-9
Personnel infirmier, situation, **26**:18-20, 26-7
Professions non médicales, intégration, **26**:32-3

Hôpitaux universitaires
Fédération canadienne des sociétés de biologie, représentation, **53**:100
Voir aussi Santé, services—Surfacturation et ticket modérateur

Horning, Al (PC—Okanagan-Centre)
Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, **42**:10
Comité, travaux, planification, **1**:6
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **37**:16; **42**:10-1, 22

Hospitalisation. *Voir* Enfants; Santé, services

Hurst, Craig (Association canadienne pour la santé mentale)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **44**:4-8, 11, 13-4, 16, 18-9

Idlewyld Manor. Voir Santé, services—Patients—Prise de décision en cas d'incompétence, soins de santé, directives, système

Immigrants
Centres urbains, concentration, **11**:29-30; **14**:19-21
Contribution à la croissance économique, **11**:23-4
Personnes âgées, intégration, **32**:22
Voir aussi Nouveaux horizons, programme—Financement—Réduction; Santé, services; Santé mentale

Immigration
Politique, audiences publiques, **11**:8, 23
Voir aussi Population—Vieillissement—Ralentissement; Population, croissance

Implant mammaire *Meme.* *Voir plutôt Meme,* prothèse mammaire

Impôt sur le revenu
Personnes âgées, assistance, programme, **32**:27
Voir aussi Maladies—Myopathie; Population active—Femmes

Indiens vivant hors des réserves. *Voir* Autochtones—Alcool et drogues, abus, lutte, programme national *et* Santé; Santé, services

Infirmières. *Voir* Fonction publique; Hôpitaux; Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada—Services; Santé, services

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Description, **18**:22
Provinces, présence, **18**:32
Services
Conditions locales, adaptation, **18**:35
Coûts, recouvrement, **18**:32
Infirmières publiques, services, adaptation, **18**:34
Voir aussi Aînés, autonomie, Programme d'aide; Personnes âgées—Mauvais traitements; Santé, services—Santé communautaires, services; Témoins

Institut canadien de la santé infantile
Description, **17**:4
Financement, **17**:20
Voir aussi Enfants—Santé; Témoins

Institut canadien de recherches avancées
Programmes, **48**:5
Voir aussi Pauvreté—Santé; Santé, services

Institut pour l'établissement de santé de l'avenir. *Voir* Santé, services—Personnes âgées

Japonaises. *Voir* Femmes—Espérance de vie

Jeunes
Suicide, taux, **28**:14-5
Tabagisme, répercussions, **28**:7, 12
Voir aussi Maladies—Polio; Santé, services; SIDA

Jeux du Commonwealth de 1990, Auckland, Nouvelle-Zélande
Afrique du Sud, exclusion, Canada, approche, **5**:23

Jeux du Commonwealth de 1994, Victoria, C.-B.
Gouvernement fédéral, contribution, **33**:10

Gustafson, Leonard—*Suite*
Santé, services, **4**:33
Fonctionnement et financement, étude, **54**:3-4
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **4**:33
1990-1991, **32**:26

Hall, Commission. *Voir* Santé, services—Optométristes

Halliday, Bruce (PC—Oxford)
Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, **26**:28
Association des citoyens avertis pour la médecine préventive, **42**:7
Assurance-chômage, régime, **31**:22
Assurance-maladie, régimes, **53**:60
Autochtones, **4**:37; **12**:12
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, **27**:17
Climat, changements dans le monde, Forum parlementaire, **26**:18
Coalition canadienne de la santé, **22**:32-3
Comité, **52**:72; **53**:59
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61
Séance d'organisation, **1**:8-11, 13, 16-21, 23-5
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4; **21**:3; **54**:5-6
Travaux, planification, **1**:6; **11**:3; **14**:3; **43**:3
Condition féminine Canada, **29**:23
Condition physique et Sport amateur Canada, **5**:42, 44
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **22**:20; **31**:14-7, 22-3
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **9**:30-3
1990-1991, **29**:23; **31**:14-7, 22-3
Enfants, **17**:20-2
Femmes, **9**:30-1; **22**:22-3
Garderie, services, **22**:20
Hôpitaux, **19**:14; **52**:62
Hôpitaux d'enseignement, **26**:28-9
Hôpitaux universitaires, **53**:100
Institut canadien de la santé infantile, **17**:20
Maladies, **28**:30-1; **51**:13
Maladies mentales, **46**:17
Médicaments, **42**:15; **53**:120
Thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:27-31; **51**:12-4
Organisations féminines, **31**:16
Partners in Research, **49**:24
Personnes âgées, **42**:16; **53**:123-4
Population, **14**:15; **15**:39
Population, croissance, **14**:14-5
Recherche biomédicale, **46**:21; **49**:25, 28; **52**:117-8, 120
Recherche et développement, **53**:99-100, 104, 117, 119-22
Santé, **4**:7; **11**:32; **28**:30
Santé, Loi canadienne, **9**:32-3; **24**:22

Halliday, Bruce—*Suite*
Santé, services, **4**:8; **8**:19-20; **28**:31; **32**:12-5
Fonctionnement et financement, étude, **10**:26-8; **11**:31-2; **12**:11-2; **14**:14-5; **15**:17-9, 39-41; **16**:20-1; **17**:20-2; **19**:13-5; **21**:22-6; **22**:19-23, 32-4; **23**:13-6, 24-7, 30-1; **24**:21-3, 27; **26**:10-3, 22-5; **27**:13-4, 17, 25, 28-30, 36; **30**:17-20, 30, 35-43; **33**:3; **36**:20-2, 35; **37**:16; **39**:16-8, 24-5, 27-30; **41**:11, 30-4; **42**:7, 13, 15-6, 32-4; **43**:25-8; **45**:23-6; **46**:17-22, 30-1; **48**:26, 28; **49**:24-5, 28; **52**:23-4, 61-5, 72, 115-21, 123, 125; **53**:26, 30, 32, 40, 59-60, 84, 99-102, 104, 117, 119-24; **54**:3-8
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **4**:7-8, 37; **5**:42-4; **8**:18-20
1990-1991, **28**:29-31; **32**:12-5
Santé nationale et Bien-être social, ministère, **12**:11
Secrétariat du troisième âge, **8**:19
Sécurité sociale, programmes, **22**:33
SIDA, **52**:23-4
Sport amateur, **5**:43-4
Sports, **5**:43
Taxe de vente sur les produits et services, **30**:35-6
Travail, **9**:32; **27**:13, 17

Handicapés. *Voir* Condition féminine Canada; Condition physique et Sport amateur Canada; Conseil consultatif canadien de la situation de la femme—Recherche, travaux; Femmes; Santé, services; Sport amateur; Sports; Travail

Hansen, Signy (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **8**:9, 14, 17-9

Hansen-des Groseilliers, Margaret (Association canadienne des optométristes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **24**:14-5

Harb, Mac (L—Ottawa-Centre)
Comité, travaux, planification, **14**:3
Population, **14**:15-7
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **14**:15-7

Hastings, rapport. *Voir* Santé, services—Centres de santé communautaires

Heidemann, Elma (Association des hôpitaux du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **38**:4-11, 13-23

Hémophiles. *Voir* SIDA

Hépatite B, vaccin. *Voir* Médicaments

Herboriste. *Voir* Santé, services—Médecines alternatives—Toronto

Hétérosexuels. *Voir* SIDA—Sidatiques

Hillier, Lynden (Canadian Co-operative Association)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **20**:4-8

Hockeyeurs. *Voir* Sports d'hiver

Hommes. *Voir* Femmes—Espérance de vie *et* Rapports; Organisations féminines; Personnes âgées—Femmes—Espérance

Homosexuels. *Voir* SIDA

Gill, Thelma (Association canadienne des ergothérapeutes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **26**:4-7, 9-12, 17-8

Gilmore, Norbert (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **52**:28-42, 45-6, 48, 50-1

Gilmour, Dr. *Voir* SIDA—Lutte

Girard, Marlène (Groupe de travail sur la thalidomine)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:17

Glynn, Dr Peter (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **10**:6-16, 18-29
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **8**:11, 16, 18, 21-2
1990-1991, **32**:14-5, 23-5

Gold, Sylvia. *Voir* Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.

Golfe Persique, guerre. *Voir* Hôpitaux—Coûts

Goodine, Wendy (Nurse Practitioner Association of Ontario)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **41**:4-7, 11-3, 15-26, 29, 31-2, 34

Gouvernement
Actions, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, critiques, **9**:35

Greater Victoria Hospital Society
Composition, **13**:27-8
Constitution, **13**:8
Voir aussi Médicaments—Surconsommation; Santé, services; Témoins

Greene, Barbara (PC—Don Valley-Nord)
Assurance-chômage, régime, **3**:18
Athlètes, **5**:36
Centres d'accueil pour femmes, **29**:14
Comité, **3**:20; **52**:73-4; **53**:57-9
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4; **21**:3
Travaux, planification, **11**:3; **14**:3; **43**:3
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **31**:24
Droit d'auteur (usage loyal), projet de loi C-316, **53**:102-3
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:17-20
1990-1991, **29**:14-6; **31**:11-4, 17, 24-5
Enfants, **17**:12, 21, 27
Famille, **3**:17-9
Femmes, **29**:14-5; **31**:12
Garde d'enfants au Canada, services, Loi, projet de loi C-144 (2e sess., 33e lég.), **4**:31
Garderie, services, **3**:17-8; **4**:30-3; **11**:30; **28**:20-2, 29
Greater Victoria Hospital Society, **13**:27-8
Hôpitaux, **38**:14-5
Immigrants, **11**:29
Justice, **31**:13-4

Greene, Barbara—*Suite*
Logments sociaux, **3**:18-9
Médicaments, **53**:116
Nouveaux horizons, programme, **32**:17-8
Pauvreté, **31**:11-2, 24-5
Pensions de retraite, **3**:19
Personnes âgées, **8**:15-7; **27**:32-3
Population, croissance, **11**:30
Population active, **31**:12
Programmes établis, financement, **53**:48, 81, 126
Recherche biomédicale, **49**:17-21
Retraite obligatoire, **32**:19
Santé, **22**:17
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **10**:23-4; **11**:29-30; **13**:26-9; **16**:15-6; **17**:12-4, 21, 27; **21**:28-30; **22**:17-8; **24**:24-6; **26**:24, 30-2; **27**:15-6, 27, 31-3; **30**:11-4, 31-2, 36; **33**:3; **37**:16; **38**:14-6; **41**:11-5; **42**:20, 37-9; **43**:33-5; **45**:36; **49**:17-21; **52**:16, 19-20, 43, 45-6, 71, 73-4, 108-10, 112-3, 123, 129; **53**:32, 38-40, 48-50, 57-9, 80-1, 102-3, 116, 126; **54**:3-6, 8
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **4**:30-3; **5**:36-8; **8**:15-7
1990-1991, **28**:20-3, 29; **32**:12, 16-9
Secrétariat d'État, **29**:15-6
Sécurité du revenu, programmes, **8**:16
Sécurité sociale, programmes, **53**:48-9
SIDA, **28**:22-3; **52**:16, 19-20, 41, 43, 45-6
Sport amateur, **5**:37-8
Supplément du revenu garanti, programme, **32**:16
Taxe de vente sur les produits et services, **8**:15-6; **30**:36
Travail, **27**:16
Voir aussi Comité—Pauvreté

Grippe. *Voir* Maladies

Groupe de travail sur la thalidomide et Association canadienne des victimes de la thalidomide
Statut, **51**:8
Voir aussi Appendice; Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement; Témoins

Groupes ethniques. *Voir plutôt* Minorités ethniques

Guarnieri, Albina (L—Mississauga-Est)
Aînés, autonomie, Programme d'aide, **32**:16
Autochtones, **19**:25
Comité, **40**:27, 29-30
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4
Travaux, planification, **11**:3; **43**:3
Enfants, **17**:23
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **17**:23; **19**:9-10, 25; **33**:3
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1990-1991, **32**:15-6
Supplément du revenu garanti, programme, **32**:15-6

Guide des programmes et services fédéraux pour les aînés. *Voir* Personnes âgées

Gustafson, Leonard (PC—Souris—Moose Mountain; secrétaire parlementaire du premier ministre)
Pensions du Canada, Régime, **32**:26

Fonction publique—*Suite*
Femmes—*Suite*
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, publication *Jouer à l'égalité. Les femmes et la fonction publique fédérale (1908-1987)*, **9**:11, 19-20
Emploi et promotion, obstacles, groupe d'étude, rapport, **3**:7-8, 12-3; **29**:6
Équité salariale, étude, **3**:13
Nominations à des postes cadres, Condition féminine Canada, rôle, **29**:22-3
Infirmières, situation, **10**:26
SIDA, politique, **1**:29, 35

Fontana, Joe (L—London-Est)
Centre fédéral sur le sida, **7**:15-6, 31
Comité, **7**:13
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61
Séance d'organisation, **1**:10, 12-5, 20-1, 23-6
Travaux, planification, **11**:3; **14**:3
Conseil de recherches médicales du Canada, **34**:16-7
Enfants, **14**:9
Famille, **11**:35-7
Garderie, services, **4**:39-40; **28**:24-5
Médicaments, **4**:11-5
Thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:21-3, 30
Population, croissance, **11**:24-5, 35-6; **14**:7-8
Recherche biomédicale, **34**:18-9
Santé, services, **28**:24
Fonctionnement et financement, étude, **11**:24-5, 35-7; **14**:7-9; **18**:11-3, 20, 31; **20**:22-5; **37**:16
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **4**:11-5, 39-40; **7**:13-6, 21, 31
1990-1991, **28**:24-5; **34**:16-9
SIDA, **7**:14-5, 31

Forbes, Brian N. (Groupe de travail sur la thalidomide et Association des victimes de la thalidomide)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:19, 30-1

Fortier, Marie (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **10**:16-8, 24

Fortier, Pierre (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **8**:16

Fournier, Marcien (Association médicale canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **36**:4-5, 9-10, 12, 14, 23-4

Foyers pour personnes âgées
Financement, gouvernement fédéral, participation, **10**:7
Personnes âgées, perception, **42**:39-41

FPE. *Voir* Programmes établis, financement

Fractures de la hanche. *Voir* Santé, services—Personnes âgées

Fraser, Peter K. (Association médicale canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **36**:10-1, 17, 21-2

Fulton, professeur Jane (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **15**:4-27

Fyke, Kenneth J. (Greater Victoria Hospital Society)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **13**:4-38

Gander, T.-N.
Avion DC-8 de Arrow Airlines, écrasement, personnel sur le terrain, santé, répercussions
Bureau canadien de la sécurité aérienne, étude, **4**:17-8
Défense nationale, ministère, rapport, **4**:17-8
Rapport
Ministre, dépôt au Comité, **4**:4-5, 13
Recommandations, **4**:17-8

Garde d'enfants au Canada, services, projet de loi C-144 (2e sess., 33e lég.)
Report, annonce dans le budget du 27 avr. 1989, **1**:30, 41
Réintroduction, **4**:31

Garderie, services
Amélioration, **1**:30-1, 41
Assistance publique du Canada, Régime
Ontario, fonds prévus, **28**:20-1
Paiements de transfert, plafonnement à 5%, **28**:24-6
Personnes dans le besoin, recours, **4**:32
Caisse d'aide
Fonds, réduction de 1,75 millions $, **28**:27-9
Projets spéciaux, financement, **3**:6; **4**:31, 40; **29**:7
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, approche, **9**:7, 36; **22**:10
Familles monoparentales, **3**:17-8
Femmes, accès, **22**:9-10
Financement
Réduction, **28**:27, 29
Voir aussi sous le titre susmentionné Caisse d'aide—Projets; Réserves
Hôpital Sunnybrook, expérience, **4**:30-2
Mustard, Dr Fraser, position, **48**:41-2
Nouvelles places, création
Coûts, **22**:20
Gouvernement, engagement, **3**:23, 25
Ministre, intentions, **1**:37-8, 41
Provinces de l'Atlantique, **28**:15-6
Qualité, **4**:39
Régions, besoins, **11**:30
Réserves indiennes, financement, **1**:38, 41-2; **3**:23-5; **4**:35-7
Stratégie nationale
Gouvernement, détermination, **3**:6; **28**:11, 24-5; **29**:6
Ministre, démarche, **4**:30-1
Prévision, **28**:20-1
Terre-Neuve, **1**:50-1
Toronto, Ont., région métropolitaine, **4**:30-3; **28**:20-2
Voir aussi Comité—Témoins, comparution, convocation, etc.; Conseil consultatif canadien de la situation de la femme—Membres

Famille—*Suite*
Violence. *Voir plutôt* Violence familiale
Voir aussi Garderie, services; Logements sociaux

Farrant, Sylvia (Conseil consultatif canadien de la situation de la femme)
Emploi et immigration, budget principal 1989-1990, **9**:4-29, 31-7

Fécondité, taux
Maintien à 1,7%, **11**:10
Voir aussi Femmes; Population—Vieillissement

Fédération canadienne des sociétés de biologie
Représentation, **53**:85
Voir aussi Droit d'auteur (usage loyal), projet de loi C-316; Hôpitaux universitaires; Recherche biomédicale—Animaux, utilisation en laboratoire; Recherche et développement; Témoins

Fédérations nationales de sport. *Voir plutôt* Organismes nationaux de sport

Femmes
Au foyer, situation, Condition fémine Canada, rôle, **29**:23-5
Doublement désavantagées, étude, lesbiennes, inclusion, **3**:15; **29**:33
Égalité
Pleine égalité, objectif
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, recherches et publications, **9**:7-11; **31**:6
Priorités, **31**:23-4
Ministre, approche, **29**:9-10
Principes, **3**:9-10
Entrepreneurs
Crédits et capitaux, accès, **3**:21-3
Petites entreprises, prêts, Loi, recours, **3**:27-8
Succès, comparaison avec d'autres pays, **3**:28-9
Équité salariale, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, solutions, **9**:17
Espérance de vie
Hommes, comparaison, **14**:19
Japonaises, cas, **23**:10-1
Fécondité, taux, **22**:22-3
Handicapées abusées et agressées sexuellement, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, étude, **9**:28-9
Lois, politiques et programmes, Condition féminine Canada, surveillance, 29:13-4
Marché du travail, intégration, Condition féminine Canada, efforts, **3**:5-6
Perspectives pour les 10 prochaines années, présidente du CCCSF, perception, **31**:10-1
Rapports avec les hommes, **29**:25-7
Responsabilités professionnelles et familiales, **29**:6
Santé, problèmes, **4**:33-4
Travaillant hors du foyer, répercussions, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, étude, **9**:30-1
Victimes de discrimination
ACDI, sensibilisation, programme, **29**:17-8
Orientation sexuelle, **9**:18
Situation, **9**:8-9

Femmes—*Suite*
Violence
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, orientation, **31**:12-3
Ministre, position, **29**:14-5
Voir aussi Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration, Ministère et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21; Budget, 27 avr. 1989; Commerce—Marchés mondiaux, concurrence, ressources humaines, mise en valeur, stratégie; Condition physique et Sport amateur Canada; Conseil consultatif canadien de la situation de la femme—Travail; Conseil de recherches médicales du Canada—Projets de recherche, subventions; Droits et libertés, Charte canadienne—Égalité; Fonction publique; Garderie, services; Marché du travail; Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement—Victimes; Minorités visibles; Nurse Practitioner Association of Ontario; Pauvreté; Pensions, régimes; Pensions de retraite; Personnes âgées; Pharmaciens; Population active; REAL Women of Canada—Conférence; Recherche biomédicale—Chercheurs; Régime fiscal; Santé, services; Secrétariat d'État; Sécurité du revenu, programmes—Allocations familiales et pensions de vieillesse, prestations, récupération; Services sociaux; SIDA—VIH; Sport amateur; Taxe de vente sur les produits et services; Travail—Stress

Femmes autochtones
Cancer du sein, taux, **12**:16
Emploi, obstacles, **29**:6, 12, 29
Voir aussi Santé, services

Femmes immigrantes
Délaissées par leurs fiancés canadiens, cas, **29**:27-8
Qualifications professionnelles et pédagogiques, **29**:28
Voir aussi Main-d'oeuvre

Ferland, Marc (PC—Portneuf)
Médicaments, **22**:23
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **22**:23-4, 36-7

Fevang, Leroy (Association pharmaceutique canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **36**:24-35

Finegood, Diane (Fédération canadienne des sociétés de biologie)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:88-90

FitzGerald, Pamela (Coalition canadienne de la santé)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **22**:32-4

Fletcher, Susan (Conseil consultatif national sur le troisième âge)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **15**:33-4, 36, 39-40, 42

Foetus. *Voir* Santé, services—Soins de la vue et des yeux—Malformations

Fonction publique
Femmes
Au-delà des apparences, rapport, recommandations, **29**:12-3

Duhamel, Ronald J.—*Suite*
Femmes, **31**:23-4

Dunn, Greg (Association chiropratique canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **40**:6-8, 10-2, 14-22, 24-7

École Polytechnique de Montréal. *Voir* Centres d'accueil pour femmes—Financement—Réduction

Écoles
Condition physique, programmes obligatoires, **33**:26-7

Écoles de pharmacie. *Voir* Universités

Économie. *Voir* Immigrants—Contribution; Population, croissance; Santé, services—Coûts

Éducation. *Voir* Enfants

Égalité, droit. *Voir* Droits et libertés, Charte canadienne

Égalité salariale. *Voir plutôt* Équité salariale

Églises. *Voir* SIDA—Prévention—Condoms, utilisation

Emploi
Plein emploi, politique, répercussions sur la pauvreté, **48**:39
Voir aussi Assurance-chômage, régime; Famille—Personnes; Femmes autochtones; Fonction publique—Femmes

Emploi, équité, Loi
Application obligatoire, **3**:17
Dispositions, **3**:11-3
Examen en 1991, Condition féminine Canada, participation, **29**:5

Emploi et immigration
Budget principal
1989-1990, **3**:4-30; **9**:4-37
Crédit 25 réservé, **3**:29
Crédit 35, **3**:29, adopté, 30
1990-1991, **29**:4-35; **31**:4-25

Enfance. *Voir* Santé—Environnement

Enfants
Développement, centres, création, Mustard, D^r^ Fraser, position, **48**:37-8, 41-2
Éducation
Parents, responsabilité, **48**:40-2
Voir aussi sous le titre susmentionné Sécurité, apprentissage
Entretien, allocations familiales, **1**:52; **4**:18-9
Garde. *Voir plutôt* Garderie, services
Hospitalisation, inégalités entre les provinces, **17**:8, 28-9
Mauvais traitements, **1**:46-7
Mortalité, taux
Automobiles, **17**:6-9, 14-5, 27
Élevé, explications, **14**:9-10
Faible, **15**:19-20
Provinces, **17**:5, 23, 30-1
Nouveaux-nés
Poids et développement, problèmes, liaison au quotient intellectuel des mères, **17**:21-2, 26
Survie, menace, facteurs, **17**:10-1
Santé
Alcool, abus, répercussions, **17**:12, 15
Comparaison avec d'autres pays, **17**:23

Enfants—*Suite*
Santé—*Suite*
Conception et approche, **17**:6-9, 22-3, 25, 31
Gouvernements, négligence, **17**:15-7
Inégalités, **17**:5, 24
Institut canadien de la santé infantile, rapport *La santé des enfants du Canada*, recommandations, **28**:13-4
Mères célibataires au foyer ou travaillant à l'extérieur, répercussions, 17:26-7, 29
Parents, responsabilité, **17**:18-20
Politique nationale, **17**:7, 11-2, 17-8
Promotion, financement, **17**:22-3, 29-30
Provinces, responsabilité, **17**:24
Santé, services, relation, **17**:5-6, 24-5
Sécurité, apprentissage
Autobus scolaires, arrêt au milieu de la circulation, **17**:20-1
Éducation, **17**:27-8
Victimes d'agressions sexuelles, **28**:10, 16
Voir aussi Autochtones; Pauvreté—Femmes; Réfugiés; Santé, services—Alimentation et nutrition *et* Psychiatrie

Enfants, droits, Convention des Nations Unies
Provinces, ratification, **28**:26, 28

Environnement
Programmes, Santé nationale et Bien-être social, ministère, rôle, **1**:32-3
Voir aussi Hôpitaux; Santé

Épargne-retraite, régimes enregistrés (REÉR). *Voir* Pensions de retraite—Femmes

Équité salariale. *Voir* Femmes; Fonction publique—Femmes

Ergothérapeutes. *Voir* Santé, services

Ergothérapie. *Voir* Assurance-maladie, régimes

Erola, l'hon. Judith A. (Association canadienne de l'industrie du médicament)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:106-9, 112-8, 120-6

***Esquisse du Canada de demain*, rapport.** *Voir* Population, croissance

États-Unis. *Voir* Personnes âgées—Démence; Recherche biomédicale—Chercheurs; Santé, services; Universités—Facultés de médecine, candidats

Europe de l'Ouest. *Voir* Santé, services—Comité

Evans, Robert. *Voir* Santé, services—Personnes âgées—Fardeau financier pour l'avenir

Facultés de médecine. *Voir* Universités

Famille
Changements depuis les 25 dernières années, **11**:8, 14-5
Monoparentale
Condition féminine Canada, initiatives, **3**:17-9
Logement, gouvernements, attitude, **3**:18-9
Personnes sans emploi, phénomène, **11**:14, 35
Politique, parents, **1**:55-7; **2**:23-4
Structure
Et revenu, gouvernement, influence, **14**:12-3
Évolution, politiques et programmes, modification, **11**:36-7

Danis, l'hon. Marcel—*Suite*
Sport amateur—*Suite*
Femmes, **33**:35
Gouvernement, engagements, **33**:9
Gouvernements provinciaux et territoriaux, relations, **33**:12
Organismes nationaux de sport, **33**:11-2
Sports
Afrique du Sud, participation, Canada, politique, **33**:29
Autochtones, **33**:28-9
Commercialisation, **33**:20-1
Participation, accroissement, **33**:10-1
Promotion, groupe de travail sur le Commonwealth, initiative, **33**:29-30
Technologie de pointe, équipements, etc., recherches, **33**:26, 28
Utilisation pour renforcer l'unité nationale, **33**:16-7
Sports d'hiver, hokeyeurs, nombre, **33**:28

Davies, Carolyn (Nurse Practitioner Association of Ontario)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **41**:8-15, 18-34

Dease Lake, C.-B. *Voir* Santé, services—Autochtones

Défense nationale, ministère. *Voir* Gander, T.-N.—Avion DC-8 de Arrow Airlines, écrasement, personnel sur le terrain, santé, répercussions

Delaney, Marielle (Association des coordonnateurs (trices) des hôpitaux de jour du Québec)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **16**:22-31

Démence. *Voir* Maladies mentales; Personnes âgées

Démographie
Facteurs d'influence, approche, **14**:11-3
Tendances, Santé nationale et Bien-être social, ministère, étude, **4**:10
Voir aussi Santé—Problèmes

Dépenses publiques, compression, projet de loi C-69. *Voir* Programmes établis, financement

Députés. *Voir* Comité; Conseil consultatif canadien de la situation de la femme; Santé, services *passim*

Dépression. *Voir* Santé, services—Personnes âgées

Détenus. *Voir* Pénitenciers; SIDA—Toxicomanes

Dette nationale
Portion due aux Canadiens, **53**:51
Voir aussi Sécurité sociale, programmes

Dicerni, Richard (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **51**:5-6, 8-12, 14-6
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1990-1991, **32**:11, 16, 18, 25-6

Diehl, Dr. *Voir* Santé, services—Cholestérol, taux, abaissement—Médecine

Diététiciens. *Voir* Santé, services

Dingwall, David (L—Cape Breton—Richmond-Est)
Comité, **1**:35, 57; **10**:20
Séance d'organisation, **1**:10-1, 13, 15
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4
Travaux, planification, **1**:6
Enfants, **28**:13-4, 16
Fonction publique, **1**:35
Garderie, services, **1**:37-8; **28**:15
Hôpitaux d'enseignement, **26**:22
Jeunes, **28**:14-5
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **10**:13, 20-2; **26**:10-3, 22-5; **54**:3-4
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:35-8, 57
1990-1991, **28**:5, 12-6
SIDA, **1**:35-7; **28**:12-3
Voir aussi Personnes âgées—Mauvais traitements

Dopage. *Voir* Athlètes

Drogues. *Voir plutôt* Stupéfiants

Droit d'auteur, Loi. *Voir* Recherche et développement—Taxe

Droit d'auteur (usage loyal), **projet de loi C-316**
Fédération canadienne des sociétés de biologie, position, **53**:102-3

Droits de la personne, Loi
Orientation sexuelle, inclusion
Centre fédéral sur le sida, position, **7**:25-6
Condition féminine Canada, intervention, **3**:15; **29**:33

Droits et libertés, Charte canadienne
Égalité, droit, tribunaux, décisions, répercussions sur les femmes, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, publication, **9**:9-10, 12, 15; **31**:6-7
Voir aussi Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement—Fonds de 7,5 millions $, répartition à parts égales

Drowm, Daniel H. (Institut canadien de la santé infantile)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **17**:4-5, 7, 9-23, 25-30

Dubin, Commission
Ministres d'État, comparution, **5**:35
Rapport, dépôt
Date, **33**:15-6
Ministre d'État, approche, **33**:21-2
Renvoi au sous-comité sur la condition physique et le sport amateur, **33**:21
Révélations, Ministre d'État, approche, **5**:14-5
Voir aussi Sport amateur—Sport, politique nationale, Groupe de travail, rapport—Report

Dugas, Ronald (Association des citoyens avertis pour la médecine préventive)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **42**:4-7, 9-22

Duhamel, Ronald J. (L—Saint-Boniface)
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **31**:18-20
Emploi et immigration, budget principal 1990-1991, **31**:18-20, 23-4

Conseil consultatif national sur le SIDA
Restructuration, 1:29

Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA)
Création et mandat, **15**:27, 35-6
Voir aussi Population—Vieillissement; Santé; Santé, services—Soins en établissements—Remplacement par des soins à domicile et communautaires; Témoins

Conseil de recherches médicales du Canada (CRM)
Budget des dépenses, **6**:4-5, 8; **34**:4-5, 11
Cliniciens-chercheurs, programme, **6**:5
Effectifs, **6**:6-7, 11-3; **34**:5
Organismes de subvention, collaboration, **34**:5, 10
Projets de recherche, subventions
Domaines autres que médicaux, **6**:20; **34**:14-6
Communiqués de presse, **6**:10
Cotes, **6**:17-9
Demandes **6**:5; **34**:14
Examen par les pairs, **34**:9-10
Femmes, **6**:13
Projets très haut cotés, **6**:5, 8
Recherche clinique, **6**:9-10
Recherche fondamentale, **34**:6-7
Régions, **34**:20
SIDA, **6**:21-2
Système nerveux, **6**:10-1
Université Dalhousie, **6**:14-5
Universités, **6**:14-5
Public, communication, **34**:19-20
Subventions de contrepartie, politique
Fonctionnement, **6**:4; **34**:4
Résultats et solutions de rechange, **34**:16-8
Secteur privé, contribution, **34**:8-9, 20
Suppression, **34**:5-6
Université-industrie, programme
Secteur privé, participation, **6**:15-7
Succès, **6**:5
Voir aussi Cancer du sein—Dépistage précoce; Recherche biomédicale—Animaux, utilisation en laboratoire *et* Besoins; SIDA—Recherche; Témoins

Conseil des autochtones du Canada
Représentation, **19**:4
Voir aussi Santé, services; Témoins

Conseil national des autochtones du Canada. *Voir plutôt* Conseil des autochtones du Canada

Conseil national du bien-être social
Description, **2**:4-9
Voir aussi Pauvreté—Seuils; Sécurité du revenu, programmes—Allocations familiales et pensions de vieillesse, prestations, récupération; Témoins

Contandriopoulos, André-Pierre (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **23**:4-18
Voir aussi Programmes établis, financement—Réduction; Santé, services

Coopératives de soins de santé. *Voir* Santé, services

Coqueluche. *Voir* Maladies

Cour fédérale. *Voir* Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement—Fonds de 7,5 millions $, répartition à parts égales—Maintien

Courchene, Thomas (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:66-84

Couture, Clément (PC—Saint-Jean)
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **54**:5-6
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **54**:6

Criminalité. *Voir* Pauvreté—Santé

Crises cardiaques
Prévention par l'aspirine, médecins américains, expérience, résultats, **48**:8-9
Voir aussi Santé, services—Patients—Prise de décision en cas d'incompétence, soins de santé, directives, système—Voies

CRM. *Voir* Conseil de recherches médicales du Canada

Crosse. *Voir* Sports

Dalzell, Rachel (Association des consommateurs du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **23**:20-1, 30

Danis, l'hon. Marcel (PC—Verchères; ministre d'État (Condition physique et Sport amateur))
Athlètes
Assistance, programme, **33**:18
D'élite, perfectionnement, **33**:9
Situation économique et sociale, **33**:30-1
Condition physique
«Aventure physiforme Canada-URSS», **33**:8
Groupe cibles, **33**:8
«Mieux être au Canada», enquête de 1981, mise à jour par l'enquête Campbell, **33**:6-7
Semaine «Canada en forme», **33**:6
«Vie active», modèle, promotion, **33**:7-9
Condition physique et Sport amateur Canada
Budget des dépenses, **33**:5, 14-5, 22-5
Mandat, **33**:6
Programmes, **33**:32
Relations internationales, Direction générale, **33**:12-3
Dubin, Commission, rapport, dépôt, **33**:16, 21-2
Écoles, condition physique, programmes obligatoires, **33**:27
Jeux du Commonwealth de 1994, Victoria, C.-B., gouvernement fédéral, contribution, **33**:10
Jeux olympiques de 1996, Toronto, Ont., candidature, **33**:10, 25-6
Langues officielles, Condition physique et Sport amateur Canada, initiatives, **33**:27
Organismes nationaux de sport
Financement, **33**:11, 15-6
Taxe de vente sur les produits et services, répercussions, **33**:18-9
PARTICIPaction, Canadiens, perception, **33**:8
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1990-1991, **33**:5-32, 35
Sport amateur
Antidopage, **33**:10, 15
Entraîneurs, formation et rôle, **33**:11

Commission d'enquête sur l'usage de drogues ou de pratiques bannies par les athlètes (Dubin). *Voir plutôt* Dubin, Commission

Commission économique des Nations Unies pour l'Europe. *Voir* Population mondiale—Structures

Commonwealth. *Voir* Condition féminine

Condition féminine
Commonwealth, ministres responsables, réunion, **3**:8; **29**:8

Condition féminine Canada
Activités, **3**:4-5; **29**:5-6
Budget des dépenses, **3**:8; **29**:8
Handicapés, **29**:23
Objectifs, **3**:8-9; **29**:8-9
Orientation, **29**:9-10
Programmes administrés par les ministères, rapatriement, **29**:21-2
Rôle, **3**:9-10; **29**:4-5
Voir aussi Commerce—Marchés mondiaux, concurrence, ressources humaines, mise en valeur, stratégie; Droits de la personne, Loi—Orientation sexuelle, inclusion; Emploi, équité, Loi—Examen; Famille—Monoparentale; Femmes *passim*; Fonction publique—Femmes—Nominations; Reproduction, technologies; Témoins; Violence familiale—Lutte

Condition physique
«Aventure physiforme Canada-URSS»
Entente, **33**:8
Succès, **5**:6, 12-3
Gouvernement, priorités, **5**:5-7, 28-30
Groupes cibles, **5**:5-6, 11; **33**:8
«Mieux-être au Canada», enquête de 1981, mise à jour par l'enquête Campbell, **5**:5, 11, 29; **33**:6-7
Semaine «Canada en forme»
Fonctionnement, **33**:6
Succès, **5**:6, 12, 14
«Sport pour tous», programmes, **5**:6-7, 13
«Vie active», modèle, promotion, **5**:7; **33**:7-9
Voir aussi Écoles; Santé—Amélioration

Condition physique et sport amateur, Loi
«Amateur», mot, élimination, **5**:44-5

Condition physique et sport amateur, sous-comité. *Voir* Comité; Dubin, Commission—Rapport, dépôt—Renvoi

Condition physique et Sport amateur Canada
Budget des dépenses
Administration et assistance, **33**:14-5
Études de faisabilité, fonds, versement aux associations locales, **33**:23-5
Prévisions, **33**:5
Réduction, **5**:8, 15; **33**:22-3
Établissement, **5**:4-5, 10
Femmes, **5**:39-40
Handicapés, **5**:42-3
Mandat, **5**:5, 10; **33**:6
Sport professionnel, inclusion, **5**:44-5
Programmes, **33**:31-2
Relations internationales, Direction générale
Activités, **33**:12-3
Mise sur pied, **5**:9, 17

Condition physique et Sport amateur Canada—*Suite*
Voir aussi Langues officielles; Organismes nationaux de sport—Financement; Sport amateur

Condoms. *Voir* Pénitenciers—SIDA; SIDA—Prévention

Congés parentaux. *Voir* Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration, ministère et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21—Prestations

Connors, Kathleen (Coalition canadienne de la santé)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **22**:25-33, 35-8

Conseil canadien de protection des animaux (CCPA)
Constitution et mandat, **53**:90
Voir aussi Recherche biomédicale—Animaux, utilisation en laboratoire; Témoins

Conseil consultatif canadien de la situation de la femme (CCCSF)
Budget des dépenses
Recherche, travaux, représentation, **9**:20-1
Ventilation par secteurs, **9**:27, 29-30
Députés, consultation, **9**:29; **31**:24
Description, **22**:4-5
Employés, nombre, **31**:15
Groupes féminins, rapports, **31**:14
Membres
Garderie, services, frais, versement, **9**:17
Nombre et répartition, **22**:20
Nomination, **9**:5-6
Orientation sexuelle, **9**:36-7
Plan stratégique triennal
1987-1990, résultats, **9**:6-7; **31**:5
1990-1993, priorités, **9**:11-3; **31**:8-9
Publications, distribution, réseau, **9**:11; **31**:8
Rapport, remise au Ministre, **9**:26
Réalisations pour les prochaines années, **31**:19-20
Recherche, travaux
Double emploi, **9**:27
Handicapés, **31**:22-3
Voir aussi sous le titre susmentionné Budget des dépenses
Recommandations
Gouvernement, prise en considération, **9**:15-6, 19, 34-5
Répercussions financières, **9**:22, 25-6
Rôle
Description, **9**:5-6, 14-7; **31**:4-5, 14
Élargissement, **31**:18-9
Travail, évaluation par des femmes, processus, **31**:16-8
Voir aussi Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration, ministère et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21; Avortement; Avortement, projet de loi C-43; Budget, 27 avr. 1989—Femmes; Droits et libertés, Charte canadienne—Égalité; Femmes *passim*; Fonction publique—Femmes; Garderie, services; Gouvernement—Actions; Handicapés—Femmes; Justice—Contestation; Minorités visibles—Femmes; Pauvreté—Femmes; Population active—Femmes—Impôt; REAL Women of Canada—Conférence dénonçant l'égalité des femme, financement; Régime fiscal—Femmes; Retraite obligatoire—Abolition; Santé, Loi canadienne—Avortement; Santé, services; Stérilité—Traitement; Témoins; Violence familiale—Lutte

Collins, l'hon. Mary—*Suite*
Garderie, services
Caisse d'aide, **29**:7
Stratégie nationale, **29**:6
Pénitenciers, P4W, fermeture, **29**:34
Reproduction, technologies, commission royale d'enquête, création, **29**:7, 10-1
Secrétariat d'État, femmes, promotion, programme, financement, réduction, **29**:11-2, 16, 18-9
Violence familiale, lutte, **29**:7, 20

Colombie-Britannique. *Voir* Assurance-maladie, régimes; Centres d'accueil pour femmes—Financement; Hôpitaux; Santé, services

Comité
Bibliothèque du Parlement, services, **1**:15-6
Changements, **38**:4
Comité directeur. *Voir plutôt sous le titre susmentionné* Sous-comité du programme et de la procédure
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61
Députés
Absence, **32**:7-8
Présentation, **1**:10
Temps de parole, répartition, **1**:34-5; **3**:10; **5**:19; **9**:13; **13**:12; **28**:5; 52:28
M. (Langan), report à une date ultérieure, **1**:16-7
Documents
Annexion au compte rendu, **50**:3, 5, 18
Dépôt, **4**:4-5; **53**:57-8
Disposition, **15**:26
Distribution, **7**:13-4; **10**:19-20
Mandat, élargissement, **1**:8
Ministres
Comparution, **1**:6; **54**:5-6
Conseil du Trésor et ministre d'État aux Finances, **53**:57
M. (Greene), **53**:58, report, 59
Santé nationale et Bien-être social, **1**:34-5, 57-8; **10**:29
Secrétaire d'État, **29**:27
Déclarations
Distribution, **1**:35
Inclusion au compte rendu, **5**:4
Pauvreté, sous-comité, constitution, Greene, propos, interprétation, **40**:27-30
Président. *Voir plutôt* Président du Comité
Quorum
Maintien, **24**:4
Voir aussi sous le titre susmentionné Séances—Tenue
Séance d'organisation, **1**:8-26
Séances
À huis clos, **1**:6-7, 58; 7:3, 32; **8**:3; **9**:3; **10**:3-4; **11**:3; **14**:3; **21**:3; **33**:3; **37**:16; **43**:3; **47**:61; **54**:3-8
Transcriptions, conservation par le greffier et destruction à la fin de la session, **1**:23-4
Avis, **10**:29; **42**:41
Calendrier, **1**:26
Convocation, heure, **52**:72-4, 107-8
Interdiction de fumer, **1**:25-6
Suspension à 11 h, m. (Cole), **51**:3-4, adoptée, 5

Comité—*Suite*
Séances—*Suite*
Tenue et impression des témoignages en l'absence de quorum, **1**:10, 14
M. (White), **1**:11-2, retirée, 13
M. (White) adoptée, **1**:13
Sous-comité du programme et de la procédure
Composition, **1**:14-5
Rapports
Premier, **1**:6-7
Deuxième, **1**:7
Troisième, **7**:3
Quatrième, **10**:3
Cinquième, **10**:4
Sixième, **10**:4
Septième, **11**:3
Huitième, **21**:3
Neuvième, **54**:5-6
Réunions, convocation, **6**:23; **24**:4
Sous-comités
Constitution, **1**:16-7; **33**:35
Voir aussi sous le titre susmentionné Condition; Pauvreté
Témoins, comparution, convocation, etc., **1**:6; **54**:6
Avances de fonds, versement à des groupes ou des particuliers à faible revenu, **1**:18-9
M. (Langan), **1**:20-2
Dépôt, m. (Cole), **1**:23
Frais de déplacement et de séjour, remboursement, **1**:17-21
Frais de garderie, paiement, **54**:3
Gold, Sylvia, convocation à une date ultérieure, **3**:20
Procédure, **1**:17
Travaux
Planification, **1**:6; **8**:3; **11**:3; **14**:3; **43**:3
Poursuite à la prochaine session, **54**:4
Vice-président. *Voir plutôt* Vice-président du Comité
Voir aussi Association canadienne pour la santé mentale—Rapport; Association médicale canadienne—3e conférence; Climat, changements dans le monde, Forum parlementaire; Coalition canadienne de la santé—Comparution; Gander, T.-N.—Avion DC-8 de Arrow Airlines, écrasement, personnel sur le terrain, santé, répercussions—Rapport—Ministre; Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement; Nominations par décret; Santé, services; Santé nationale et bien-être social—Budget principal *et* Questions; Travaux du Comité

Comité des Nations Unies sur les droits de la personne. *Voir* Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement—Gouvernement, responsabilité, reconnaissance

Commerce
Marchés mondiaux, concurrence, ressources humaines, mise en valeur, stratégie
Condition féminine Canada, priorités, **3**:8-9
Femmes, rôle, **3**:8
Groupe de travail, création, **29**:8

Commission de la condition de la femme des Nations Unies
Canada, réélection, **3**:8; **29**:8

Climat. *Voir* Santé, services—Hospitalisation

Climat, changements dans le monde, Forum parlementaire
Comité
Bates, D[r] David V., expert-conseil, frais de déplacement et de séjour, remboursement, **26**:18
Présence, **24**:6

Cliniques communautaires. *Voir* Santé, services

Cliniques de donneurs de sang. *Voir* SIDA—VIH—Dépistage

Cliniques externes. *Voir* Hôpitaux

CLSC. *Voir* Centres locaux de services communautaires

Clozapine. *Voir* Maladies mentales—Schizophrènes—Traitement

Clubs de l'âge d'or
Financement, **8**:8-10

Coalition canadienne de la santé
Comparution devant le Comité, raisons, **22**:32
Représentation, **22**:26, 32-3
Voir aussi Santé, services; Témoins

Cochrane, John (Association chiropratique canadienne)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **40**:4-6, 9-19, 21-6

Coeur, chirurgie. *Voir* Santé, services—Interventions chirurgicales

Cole, John E. (PC—York—Simcoe)
Athlètes, **5**:30-3
Comité, **51**:4-5; **52**:72-4
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61
Séance d'organisation, **1**:9-12, 14-5, 22-3, 25
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4
Travaux, planification, **1**:6; **11**:3; **43**:3
Condition physique, **5**:28-9
Condition physique et Sport amateur Canada, **33**:14
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:17, 20
Dubin, Commission, **33**:15
Enfants, **17**:18-20
Foyers pour personnes âgées, **42**:39-41
Groupe de travail sur la thalidomide et Association canadienne des victimes de la thalidomide, **51**:8
Hôpitaux d'enseignement, **26**:32-3
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:25-6; **51**:4-8
Organismes nationaux de sport, **5**:30; **33**:14, 16, 33
Programmes établis, financement, **53**:82-3
Recherche biomédicale, **6**:18-9
Santé, **4**:20-1
Santé, services, **4**:19-20; **6**:18
Fonctionnement et financement, étude, **13**:19-22; **15**:32-4; **17**:18-21; **18**:14-5; **19**:22-4; **24**:12-3; **26**:15-6, 32-3; **33**:3; **36**:17-20; **39**:12-4, 24, 30; **40**:9, 11-2, 15; **41**:26-9; **42**:39-41; **44**:33-6; **48**:32-5, 43; **52**:25, 72-4, 97-9, 125-6; **53**:12-4, 63-4, 82-3; **54**:3, 6-8
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **2**:27-8; **4**:19-21; **5**:28-33; **6**:17-20; **7**:29-30
1990-1991, **33**:14-6, 33-4

Cole, John E.—*Suite*
Sécurité sociale, programmes, **2**:27-8
SIDA, **7**:29-30; **52**:25
Sport amateur, **5**:30; **33**:15
Sports, **33**:34

Collectivités autochtones
Santé, profils, **12**:18
Voir aussi Santé, services—Autochtones—Programmes *et* Professionnels de la santé; SIDA

Collège des médecins de famille. *Voir* SIDA—VIH—Traitement—Médecins

Collins, l'hon. Mary (PC—Capilano—Howe Sound; ministre associé de la Défense nationale; ministre associé de la Défense nationale et ministre responsable de la situation de la femme)
Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration, ministère et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21, prestations et congés parentaux, **29**:7
Autochtones, commission royale d'enquête, création, **29**:28-30
Centres d'accueil pour femmes, financement, **29**:20, 30-3
Commerce, marchés mondiaux, concurrence, ressources humaines, mise en valeur, stratégie, **29**:8
Commission de la condition de la femme des Nations Unies, Canada, réélection, **29**:8
Condition féminine, Commonwealth, ministres responsables, réunion, **29**:8
Condition féminine Canada
Activités, **29**:5
Budget des dépenses, **29**:8
Handicapés, **29**:23
Objectifs, **29**:8-9
Orientation, **29**:9
Programmes administrés les ministères, rapatriement, **29**:21-2
Rôle, **29**:4-5
Droits de la personne, Loi, orientation sexuelle, inclusion, **29**:33
Emploi, équité, Loi, examen en 1991, Condition féminine Canada, participation, **29**:5
Emploi et immigration, budget principal 1990-1991, **29**:4-34
Femmes
Au foyer, situation, Condition féminine Canada, rôle, **29**:24-5
Doublement désavantagées, étude, lesbiennes, inclusion, **29**:33
Égalité, **29**:9-10
Lois, politiques et programmes, Condition féminine Canada, surveillance, **29**:14
Rapports avec les hommes, **29**:25-7
Responsabilités professionnelles et familiales, **29**:6
Victimes de discrimination, **29**:17-8
Violence, **29**:15
Femmes autochtones, emploi, obstacles, **29**:6, 12, 29
Femmes immigrantes
Délaissées par leurs fiancés canadiens, cas, **29**:27-8
Qualifications professionnelles et pédagogiques, **29**:28
Fonction publique, femmes, **29**:6, 12-3, 22-3

Charest, l'hon. Jean J.—*Suite*
Condition physique et Sport amateur Canada
Budget des dépenses, **5**:15
Établissement, **5**:10
Femmes, **5**:39
Handicapés, **5**:42-3
Mandat, **5**:10, 44-5
Relations internationales, Direction générale, **5**:17
Dubin, Commission
Comparution, **5**:35
Révélations, approche, **5**:14-5
Jeux du Commonwealth de 1990, Auckland, Nouvelle-Zélande, Afrique du Sud, exclusion, Canada, approche, **5**:23
Jeux olympiques, athlètes, participation, programmes *Mieux que jamais,* renouvellement, **5**:8, 17
Organismes nationaux de sport
Assurances, protection, accès, **5**:49-50
Financement, **5**:31, 46-7
Rencontres, **5**:50
PARTICIPaction, Canadiens, perception, **5**:13-4
Santé, amélioration, **5**:13
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **5**:4-20, 22-51
Sport amateur
Antidopage, **5**:15-8
Condition physique et Sport amateur Canada, directives, **5**:22
Esprit sportif, campagne, **5**:16
Femmes, **5**:37-9
Financement, **5**:16, 19-20, 40-2
Handicapés, **5**:42-3
Sport, politique nationale, Groupe de travail, rapport, **5**:17, 22, 24-5
Système à long terme, prévision, **5**:51
Sports, handicapés, équipe de football, formation, Russell Moon, projet, **5**:43
Sports d'hiver, athlètes canadiens, performance, **5**:47-8

Chélation, traitement. *Voir* Santé, services—Interventions chirurgicales—Coeur, chirurgie—Remplacement

Chiropraticiens. *Voir* Santé, services

Chiropratie. *Voir* Santé, services

Cholestérol. *Voir* Santé, services

Chronicle-Herald. *Voir* Personnes âgées—Mauvais traitements—Dingwall

Clancy, Mary (L—Halifax)
Assurance-chômage, Loi (modification) et Emploi et Immigration et Commission, Loi (modification), projet de loi C-21, **3**:13-4
Autochtones, **17**:15
Avortement, **20**:26
Avortement, projet de loi C-43, **9**:25
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, **27**:10-1
Centres d'accueil pour femmes, **29**:18, 20
Comité, **29**:27; **51**:4-5; **52**:72-4, 107-8
Séance d'organisation, **1**:10, 19, 21, 24-5
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4; **21**:3; **54**:5-6
Travaux, planification, **1**:6; **11**:3; **14**:3; **43**:3

Clancy, Mary—*Suite*
Condition physique et Sport amateur Canada, **5**:39-40
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **9**:14-7
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:11-5
Emploi, équité, Loi, **3**:11-3
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:10-4; **9**:13-7, 25
1990-1991, **29**:17-20, 27
Enfants, **17**:14-5, 27-8
Femmes, **4**:33-4; **9**:17; **23**:10-1; **29**:17-8
Femmes autochtones, **12**:16
Fonction publique, **3**:13; **10**:26
Maladies mentales, **44**:8; **46**:17, 30
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **51**:4-5, 14-5
Nurse Practitioner Association of Ontario, **41**:23
Personnes âgées, **4**:35; **10**:24-5; **15**:21; **16**:11-2; **27**:33; **30**:8-10; **32**:9-11
Pharmaciens, **36**:29-31
Population, **14**:25
Population, croissance, **14**:22-3
Population active, **14**:21-2
REAL Women of Canada, **9**:14-5
Recherche biomédicale, **6**:13; **52**:122
Reproduction, technologies, **3**:10-1; **4**:21-2
Santé, **48**:17
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **10**:24-6; **12**:13-6, 26-7; **13**:25-6; **14**:21-3, 25; **15**:7-8, 12-3, 21-3; **16**:11-3; **17**:14-5, 27-8; **20**:13-5, 25-6; **21**:14-7; **22**:13-5; **23**:10-1, 22-3; **24**:17-8; **27**:10-1, 23-5, 33-4; **30**:8-10, 20, 28-31; **36**:9-12, 29-31; **39**:15-6, 24-7; **40**:13-5; **41**:13-5, 22-5; **42**:17-20, 22-3, 27-9, 41; **43**:29, 31-4; **44**:8-9, 36-8; **45**:24, 30-3, 36; **46**:10-3, 17, 21, 28-31; **48**:17, 30-1; **52**:16, 20-3, 39-43, 64, 72-5, 77, 87-8, 90-1, 107-9, 118-9, 122-3; **53**:12, 18-9, 22, 31-3, 35-8; **54**:3-5, 6, 8
Santé mentale, **44**:8-9
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **2**:15-8, 29-30, 32; **4**:21-4, 33-5; **5**:18, 37-41; **6**:11-5
1990-1991, **32**:7-12, 16
Secrétariat d'État, **9**:14-5; **29**:18-9
Sécurité du revenu, programmes, **2**:15-8; **32**:11-2
Sécurité sociale, programmes, **2**:32
Services sociaux, **16**:13
SIDA, **4**:23-4; **52**:16, 20-2, 40-2
Sport amateur, **5**:38-41
Supplément du revenu garanti, programme, **2**:29-30; **32**:16
Taxe de vente sur les produits et services, **32**:8-9
Violence familiale, **29**:20

Clare, Kim (Association canadienne des travailleurs sociaux)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **30**:26-7

Clayton, A.J. (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **7**:4-22, 24-31

Clemenhagen, Carol (Association des hôpitaux du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **38**:7-9, 11-2, 14-7, 20-2

Bureau canadien de la sécurité aérienne (BCSA). *Voir* Gander, T.-N.—Avion DC-8 de Arrow Airlines, écrasement, personnel sur le terrain, santé, répercussions

Butland, Steve (NPD—Sault Ste. Marie)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **27**:8-9, 25-6
Travail, **27**:8
Travailleurs âgés, **27**:9

Buzzell, Mary (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **18**:25-6, 30, 34, 36-7

Calhoun, Ronald (Partners in Research)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **49**:4, 10-1, 13-5, 19-21, 24-8, 31, 33

Callbeck, Catherine (L—Malpèque)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **54**:6

Campbell, Coline (L—South West Nova)
Comité, **1**:58
Travaux, planification, **1**:6
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **1**:58

Campbell, enquête. *Voir* Condition physique—«Mieux-être au Canada»

Campbell, Sandy (Association canadienne des travailleurs sociaux)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **30**:29, 31-2, 36, 38-9, 43

Canadian Co-operative Association
Représentation, **20**:4
Voir aussi Avortement; Santé, services—Système; Témoins

Cancer du sein
Dépistage précoce
Conseil de recherches médicales du Canada, approche, **6**:5-6
Gouvernement, initiatives, **1**:53-4; **4**:19; **28**:27-8
Traitement, biologie moléculaire, recherche, **6**:6
Voir aussi Femmes autochtones

Capretta, Rosalie (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **53**:25-6

Castonguay, Claude (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **35**:4-20
Voir aussi Santé, services—Québec—Privatisation

CCCSF. *Voir* Conseil consultatif canadien de la situation de la femme

CCNTA. *Voir* Conseil consultatif national sur le troisième âge

CCPA. *Voir* Conseil canadien de protection des animaux

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
Autonomie financière, plan, **27**:10-1
Base de données, **27**:11-2
Description, **27**:7-8
Information, services, **27**:17
Lay, D[r] Dorothy, statut, **27**:17

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au...—*Suite*
Voir aussi Santé, services—Financement; Témoins

Centre fédéral sur le sida
Budget des dépenses, **7**:12, 19-22, 31
Buts et objectifs, **7**:26, 31
Mandat, **7**:12
Organismes de service pour le sida, communication et coordination, **7**:15-9
Voir aussi Droits de la personne, Loi—Orientation sexuelle, inclusion; Pénitenciers—SIDA, prévention, condoms, distribution; SIDA

Centres d'accueil pour femmes
Financement
Colombie-Britannique, **29**:31-3
Gouvernement, intentions, **29**:32-3
Réduction, répercussions, analogie avec le massacre à l'École Polytechnique de Montréal, **29**:30-1
Rétablissement, **29**:14, 18, 20

Centres d'aide communautaires. *Voir* SIDA

Centres d'excellence
Financement, **34**:4
Hôpitaux communautaires, utilisation, **52**:60-1

Centres de santé communautaires. *Voir* Santé, services

Centres de service communautaires. *Voir* Santé, services—Centres de santé communautaires

Centres locaux de services communautaires (CLSC). *Voir* Santé, services—Québec

Césariennes. *Voir* Santé, services—Interventions chirurgicales

Chadderton, H. Clifford (Groupe de travail sur la thalidomide)
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:4-16, 18, 20-32
Voir aussi Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement

Chadwick, Harry (PC—Bralmalea—Gore—Malton)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **54**:3-4

Charest, l'hon. Jean J. (PC—Sherbrooke; ministre d'État (Jeunesse) et ministre d'État (Condition physique et Sport amateur) et leader adjoint du gouvernement à la Chambre des communes; *démission en tant que ministre le 24 janvier 1990*; ministre de l'Environnement)
Athlètes
Ben Johnson, affaire, répercussions, **5**:36
Dopage, approche, **5**:33-5
Participation, orgainismes nationaux de sport, plans, **5**:8
Suspension, droits, reconnaissance, **5**:26-8
Titulaires de brevets, financement, **5**:32
Condition physique
«Aventure physiforme Canada-URSS», **5**:12-3
Gouvernement, priorités, **5**:29-30
Groupes cibles, **5**:11
«Mieux-être au Canada», enquête de 1981, mise à jour par l'enquête Campbell, **5**:11, 29
Semaine «Canada en forme», **5**:12, 14
«Sport pour tous», programmes, **5**:13
Condition physique et sport amateur, Loi, «amateur», mot, élimination, **5**:44

Bertrand, Gabrielle—*Suite*
Comité—*Suite*
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4; **21**:3
Travaux, planification, **1**:6; **11**:3; **14**:3; **43**:3
Condition physique et Sport amateur Canada, **33**:23-4
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **9**:22
Conseil de recherches médicales du Canada, **34**:19-20
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:25-6; **9**:22-4
1990-1991, **29**:20-3
Enfants, **17**:24; **48**:40-1
Famille, **1**:55-6; **2**:23
Femmes, **29**:21
Fonction publique, **29**:22-3
Garderie, services, **48**:41
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, **18**:32
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, étude, **50**:20-1; **51**:15-6
Organismes nationaux de sport, **5**:45-7
Pénitenciers, **52**:38
Pensions, régimes, **3**:26
Personnes âgées, **3**:25-6
Programmes établis, financement, **18**:32
Santé, **48**:40
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **16**:21, 24-5; **17**:23-5; **18**:31-3; **21**:22, 27; **22**:19; **30**:32-4; **35**:12-4, 19; **37**:16; **40**:25-6; **45**:5, 33-5; **48**:40-1; **52**:36-8, 74, 113; **53**:23, 32-4, 40, 78-9; **54**:3
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:54-6; **2**:22-3; **5**:45-7; **7**:20-2
1990-1991, **33**:23-4; **34**:19-20
Services sociaux, **30**:32-3
SIDA, **1**:54-5; **7**:20, 22; **52**:36-8
Supplément du revenu garanti, programme, **2**:22
Taxe de vente sur les produits et services, **30**:33-4

Bibliothèque du Parlement. *Voir* Comité

Bien-être social
Prestations, utilisation comme incitation au travail, Saskatchewan, cas, **1**:52-3

Biologie moléculaire. *Voir* Cancer du sein—Traitement

Bisby, Mark (Partners in Research)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **49**:5-6, 13-6, 21, 23, 28-9, 32-4

Bjornson, David (PC—Selkirk—Red River)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **54**:3-4

Black, Dawn (NPD—New Westminster—Burnaby)
Avortement, projet de loi C-43, **3**:16; **9**:27-8
Budget, 27 avr. 1989, **9**:21
Centres d'accueil pour femmes, **29**:31-3
Comité, **29**:27
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, **9**:19-21
Droits de la personne, Loi, **3**:15; **29**:33
Emploi, équité, Loi, **3**:17

Black, Dawn—*Suite*
Emploi et immigration, budget principal
1989-1990, **3**:14-7; **9**:18-22, 27-8, 36
1990-1991, **29**:10-4, 27, 31-4
Femmes, **3**:15; **9**:18; **29**:13-4, 33
Fonction publique, **9**:19-20; **29**:12-3
Garderie, services, **9**:36
Maladies mentales, **44**:11
Minorités visibles, **9**:18
Pénitenciers, **29**:33-4
REAL Women of Canada, **3**:15; **9**:18-9
Reproduction, technologies, **3**:14-5; **29**:10-1
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **44**:9-12, 25-7
Santé mentale, **44**:9-12
Secrétariat d'État, **3**:15-6; **29**:11-2

Bois, D^r Pierre (Conseil de recherches médicales du Canada)
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **6**:4-11, 13-22
1990-1991, **34**:4-20

Bonnah, Cathy (Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **18**:22-3, 27

Borwein, Bessie (Partners in Research)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **49**:6-10, 12-9, 21-4, 29-31, 34-5

Brevets et dispositions connexes, Loi (modification), **projet de loi C-22** (2^e sess., 33^e lég.)
Médicaments génériques, exclusion, **53**:114
Voir aussi Pharmaceutique, industrie; Recherche et développement

Brewin, John F. (NPD—Victoria)
Athlètes, **5**:25-7; **33**:30-1
Condition physique et Sport amateur Canada, **5**:44; **33**:22-3, 31
Conseil de recherches médicales du Canada, **6**:15-7
Dubin, Commission, **33**:21-2
Jeux du Commonwealth de 1990, Auckland, Nouvelle-Zélande, **5**:23
Organismes nationaux de sport, **5**:49; **33**:31
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **5**:22-8, 44, 48-9; **6**:15-7, 21
1990-1991, **33**:13-4, 20-3, 29-31, 34-5
SIDA, **6**:21
Sport amateur, **5**:24; **33**:34-5
Sports, **33**:20-1, 29-31

Brockett, Margaret (Association canadienne des ergothérapeutes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **26**:6, 11-2, 14-5

Budget, 27 avr. 1989
Femmes, répercussions, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, étude, **9**:21-2
Voir aussi Garde d'enfants au Canada, services, projet de loi C-144—Report; Logements sociaux; Personnes âgées; Sécurité du revenu, programmes—Allocations familiales et pensions de vieillesse, prestations, récupération

Budget, 20 févr. 1990. *Voir* Santé, services—Accessibilité

Beatty, l'hon. Henry Perrin—*Suite*
Immigrants—*Suite*
Contribution à la croissance économique, **11**:23-4
Immigration, politique, audiences publiques, **11**:8, 23
Jeunes
Suicide, taux, **28**:14-5
Tabagisme, répercussions, **28**:7, 12
Maladies, myopathie, équipements, dépenses, déduction de l'impôt sur le revenu, **28**:31
Médicaments, thalidomide, victimes, dédommagement, **4**:11-5; **28**:17-8
Natalité, taux, Santé nationale et Bien-être social, ministère, mesures, **11**:24
Non-fumeurs, santé, Loi, application, retard, **1**:48, 50
Nouveaux horizons, programme
Financement, **28**:19-20
Québec, **28**:20
Saskatchewan, **28**:19
Pensions du Canada, Régime, invalidité, prestations, **1**:33
Personnes âgées
De plus de 65 ans, **1**:32
Mauvais traitements, **1**:51-2; **28**:5
Médicaments, consommation, **4**:34-5
Qualité de vie, **1**:32
Santé nationale et Bien-être social, ministère, dépenses, **1**:32
Pommiers, alar, pesticide, répercussions, **1**:46
Population, croissance
Économie, répercussions, **11**:23
Esquisse du Canada de demain, rapport, **11**:5-9, 25, 29-31, 35
Niveau dans 10 et 25 ans, **11**:23
Population mondiale, structures d'âge, conférence, Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, accueil, **11**:8
Produits naturels, ingrédients, identification, **1**:49
Programmes établis, financement
Augmentation, **28**:6
Réduction, **1**:42, 44; **11**:26
Recherche biomédicale, gouvernement fédéral, rôle, **1**:47
Reproduction, technologies
Commission royale d'enquête, création, **1**:31, 48; **4**:10, 21-3
Problèmes d'éthique et de morale, **1**:31
Santé
Amélioration, **4**:20-1
Environnement, **4**:7; **28**:10
Meme, prothèse mammaire, innocuité, **28**:18-9
Problèmes, **1**:44-5
Promotion, **11**:33-4
Santé, services
Autochtones, **1**:47-8
Comité, **28**:34
Coûts, **4**:19-20; **11**:31-4
Financement, **11**:26-7; **28**:26
Fonctionnement et financement, étude, **11**:5-9, 21-35
Gouvernement fédéral, intervention, **4**:33
Personnes âgées, **11**:7, 21-2
Privatisation, **1**:44
Soins en établissements, **1**:32; **4**:27-30; **11**:34
Système, **4**:9-10; **28**:31-3

Beatty, l'hon. Henry Perrin—*Suite*
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:27-35, 38-42, 44-54, 56-8; **4**:4-7, 9-40
1990-1991, **28**:5-34
Santé nationale et Bien-être social, ministère
Budget des dépenses, **1**:27-8; **28**:5-6
Programmes, **1**:28
Recherche, travaux, **1**:47
Sécurité du revenu, programmes, allocations familiales et pensions de vieillesse, prestations, récupération, **1**:54
SIDA
Comité consultatif fédéral-provincial, mandat, **1**:40
Gouvernement fédéral, leadership, **1**:40-1
Hémophiles, dédommagement, **1**:41, 45; **4**:14, 16-7
Information et sensibilisation, programmes, **1**:56; **4**:26-7
Jeunes, **1**:39
Lutte, **1**:28-30; **11**:27-8; **28**:8-9
Montréal, Qué., cinquième conférence internationale, **4**:5-6, 26
Question, approche, **1**:38
Santé nationale et Bien-être social, ministère, contribution, **1**:29, 39; **4**:23-4
Stratégie nationale, **1**:29, 39-40, 45; **4**:6, 24-6; **28**:8, 13
Toxicomanes, **28**:22-4
Traitement, **28**:9
Stupéfiants
Canada, position, diffusion internationale, **28**:10
Lutte, gouvernement, engagement, **1**:31-2
Stratégie nationale, **28**:10
Tabagisme, lutte, gouvernement, initiatives, **28**:7
Travail, SIDA, politique, **1**:29
Violence familiale
Croissance, statistiques, **1**:30
Forum national, **1**:30, 52
Prévention, **28**:10
Santé nationale et Bien-être social, ministère, dépenses, **1**:30

Beauséjour, Pierre (Association des psychiatres du Canada)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **39**:4-14, 16-30

Belliveau, Al (Conseil de recherches médicales du Canada)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **6**:6-8, 12-3

***Ben Johnson*, affaire.** *Voir* Athlètes

Bénévoles. *Voir* Hôpitaux

Benoit, Lise (Conseil consultatif canadien de la situation de la femme)
Emploi et immigration, budget principal 1989-1990, **9**:29-30

Berger, D^r^ Philip B. (témoin à titre personnel)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **52**:4-27, 42-7, 49-50

Bertrand, Gabrielle (PC—Brome—Missisquoi)
Aînés, autonomie, Programme d'aide, **18**:31-2
Avortement, projet de loi C-43, **9**:23-4
Centre fédéral sur le sida, **7**:21
Comité, **40**:29; **52**:74
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61

Automobiles. *Voir* Enfants—Mortalité, taux

Avard, Denise (Institut canadien de la santé infantile)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **17**:5-21, 23-31

Avion DC-8. *Voir* Gander, T.-N.

Avortement
Canadian Co-operative Association, position, **20**:26
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, étude, **9**:26-7
Voir aussi Hôpitaux; Reproduction, technologies—Commission royale d'enquête, création; Santé, Loi canadienne

Avortement, projet de loi C-43
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, position, **9**:10, 23, 27-8; **22**:7; **31**:6, 11
Gouvernement, approche, **3**:16
Répercussions, **9**:23-5

Axworthy, Chris (NPD—Saskatoon—Clark's Crossing)
Aliments, **1**:43
Autochtones, **12**:21
Bandes indiennes, **12**:21
Centre fédéral sur le sida, **7**:18-9
Comité
Séance d'organisation, **1**:10
Sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **10**:3-4; **21**:3
Travaux, planification, **1**:6; **43**:3
Enfants, **17**:15-7, 31
Hôpitaux d'enseignement, **26**:26-7
Médicaments, **28**:16-8; **36**:32-3
Nouveaux horizons, programme, **28**:19-20
Personnes âgées, **36**:33-4
Pommiers, **1**:43, 46
Programmes établis, financement, **1**:42-3; **11**:25; **23**:13
Santé, **1**:43; **13**:16; **15**:23-4; **23**:29; **24**:19-20; **28**:18-9
Santé, services, **1**:42-3; **28**:34
Fonctionnement et financement, étude, **11**:25-7; **12**:21-3; **13**:15-8; **15**:23-4, 37-9; **17**:15-7, 31; **20**:15-8, 26; **21**:30-1; **23**:11-3, 28-9; **24**:18-9; **26**:25-8; **33**:3; **36**:12-5, 32-4; **37**:16
Santé nationale et bien-être social, budget principal
1989-1990, **1**:42-3, 46; **7**:17-9
1990-1991, **28**:16-20, 34
SIDA, **1**:43; **7**:17-9; **11**:27
Universités, **36**:32

AZT, médicament. *Voir* SIDA—VIH—Traitement

«Baby Boom». *Voir* Population

Baker, Maureen (recherchiste du Comité)
Départ, allusion, **27**:37

Bandes indiennes
Traités signés en matière de santé, Canada, obligations, **12**:21

Basham, Ken (Association des citoyens avertis pour la médecine préventive)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **42**:8-9, 15, 18-20

Bates, Dr David V. *Voir* Climat, changements dans le monde, Forum parlementaire—Comité

Battle, Ken (Conseil national du bien-être social)
Santé nationale et bien-être social, budget principal 1989-1990, **2**:4-34

Baycrest Centre for Geriatric Care. *Voir* Santé, services; Témoins

BCSA. *Voir* Bureau canadien de la sécurité aérienne

Beatty, l'hon. Henry Perrin (PC—Wellington—Grey—Dufferin—Simcoe; ministre de la Santé nationale et du Bien-être social)
Aînés, autonomie, Programme d'aide, financement, **28**:26
Aliments
Contenu, informations, communication, **1**:49
Étiquetage, politique, **1**:48-9
Inspection, programme interministériel, **28**:9
Qualité et innocuité, **1**:45-6
Sécurité, **1**:31; **28**:9-10
Autochtones, alcool et drogues, abus, lutte, programme national, **4**:37-8
Bien-être social, prestations, utilisation comme incitation au travail, Saskatchewan, cas, **1**:52-3
Cancer du sein, dépistage précoce, **1**:53; **28**:27-8
Comparution, **1**:34, 57-8
Conseil consultatif national sur le SIDA, restructuration, **1**:29
Démographie, tendances, Santé nationale et Bien-être social, ministère, étude, **4**:10
Enfants
Entretien, allocations familiales, **1**:52
Mauvais traitements, **1**:47
Santé, **28**:13-4
Victimes d'agressions sexuelles, **28**:10, 16
Enfants, droits, Convention des Nations Unies, provinces, ratification, **28**:28
Environnement, programmes, Santé nationale et Bien-être social, ministère, rôle, **1**:32-3
Famille
Changements depuis les 25 dernières années, **11**:8
Politique, parents, **1**:56-7
Femmes, santé, problèmes, **4**:34
Fonction publique, SIDA, politique, **1**:29, 35
Gander, T.-N., avion DC-8 de Arrow Airlines, écrasement, personnel sur le terrain, santé, répercussions, **4**:4-5, 13, 17-8
Garde d'enfants au Canada, services, projet de loi C-144 (2e sess., 33e lég.)
Report, annonce dans le budget du 27 avr. 1989, **1**:30, 41
Réintroduction, **4**:31
Garderie, services
Amélioration, **1**:30-1, 41
Assistance publique du Canada, Régime, **4**:32; **28**:21, 25-6
Caisse d'aide, **4**:31, 40; **28**:28-9
Financement, **28**:29
Hôpital Sunnybrook, expérience, **4**:30-2
Nouvelles places, création, **1**:41; **4**:39-40; **11**:30; **28**:15-6
Réserves indiennes, financement, **1**:41-2; **4**:35-7
Stratégie nationale, **28**:11, 21
Terre-Neuve, **1**:51
Toronto, Ont., région métropolitaine, **4**:33; **28**:21
Immigrants
Centres urbains, concentration, **11**:29-30

Association canadienne des hôpitaux d'enseignement
Représentation, **26**:28
Voir aussi Témoins

Association canadienne des optométristes. *Voir* Santé, services—Financement *et* Soins de la vue et des yeux; Témoins

Association canadienne des travailleurs sociaux
Représentation, **30**:24
Voir aussi Santé, services; Santé mentale—Ressources; Sécurité sociale, programmes—Financement; SIDA—Lutte; Taxe de vente sur les produits et services; Témoins; Violence familiale

Association canadienne des victimes de la thalidomide. *Voir plutôt* Groupe de travail sur la thalidomide et Association canadienne des victimes de la thalidomide

Association canadienne pour la santé mentale
Psychiatres et organismes de santé mentale, relations, **44**:14
Rapport, envoi au Comité, **44**:15
Voir aussi Santé mentale; Témoins

Association chiropratique canadienne. *Voir* Santé, services; Témoins

Association des citoyens avertis pour la médecine préventive
Bureau, localisation, **42**:10
Description, **42**:4, 7
Voir aussi Santé, services; Témoins

Association des consommateurs du Canada (ACC)
Description, **23**:19
Voir aussi Santé, services; Témoins

Association des coordonnateurs (trices) des hôpitaux de jour du Québec. *Voir* Témoins

Association des hôpitaux du Canada. *Voir* Hôpitaux—Avortements; Programmes établis, financement—Niveaux; Santé, services—Professionnels de la santé—Pénuries *et* Services sociaux, intégration; Témoins

Association des infirmières diplômées de l'Ontario. *Voir* Nurse Practitioner Association of Ontario

Association des infirmières et infirmiers du Canada
Représentation, **30**:4
Voir aussi Nurse Practitioner Association of Ontario; Santé, services; Témoins

Association des psychiatres du Canada. *Voir* Santé, services; Santé mentale—Programmes; Témoins

Association médicale canadienne (AMC)
3e conférence «Leadership», cassettes audio, Comité, acquisition, **54**:4
Voir aussi Santé, services *passim*; Témoins

Association médicale mondiale. *Voir* Recherche biomédicale—Animaux, utilisation en laboratoire

Association pharmaceutique canadienne
Représentation, **36**:24
Voir aussi Médicaments—Gratuité; Témoins

Assurance-chômage, Loi (modification) **et Emploi et Immigration, ministère et Commission, Loi** (modification), **projet de loi C-21**
Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, position, **9**:7-8, 26, 37; **31**:7, 20-1
Femmes, répercussions, **3**:13-4
Prestations et congés parentaux, **3**:6; **29**:7; **31**:21-2

Assurance-chômage, régime
Emploi, abandon, motifs, **3**:18

Assurance-maladie, régimes
Colombie-Britannique, **13**:32
Couverture, **22**:9
Dégradation, **22**:26
Ergothérapie, exclusion, **26**:5-6
Provinces, maintien, **53**:74
Voir aussi Santé, services—Coûts

Assurances. *Voir* Organismes nationaux de sport; Santé, services—Coûts—Réduction, mesures

Athlètes
Assistance, programme, **33**:17-8, 30-1
Ben Johnson, affaire, répercussions, **5**:36
D'élite, perfectionnement, **33**:9
Dopage, Ministre d'État, approche, **5**:33-5
Participation, organismes nationaux de sport, plans, **5**:8
Situation économique et sociale, **33**:30-1
Suspension, droits, reconnaissance, **5**:25-7
Titulaires de brevets, financement, **5**:30-3
Voir aussi Jeux olympiques; Sports d'hiver

***Au-delà des apparences*, rapport.** *Voir* Fonction publique—Femmes

Auckland, Nouvelle-Zélande. *Voir* Jeux du Commonwealth de 1990, Auckland, Nouvelle-Zélande

Autobus scolaires. *Voir* Enfants—Sécurité, apprentissage

Autochtones
Alcool et drogues, abus, lutte, programme national (PNLAADA)
Indiens vivant hors des réserves, **19**:10-1
Mécanismes, évaluation, **12**:25-6
Ministres responsables, réunion, **19**:7, 16-7
Résultats, **4**:37-9; **12**:12
Services, description, **12**:6
Alcoolisme
Causes, **12**:26-7
Syndrome alcoolique foetal, **12**:24-5
Commission royale d'enquête, création, **29**:28-30
Enfants
Malnutrition, problème, **17**:25-6
Mortalité, taux, **17**:8, 15; **22**:17
Modes de vie ancestral et moderne, conciliation, **19**:25-6
Santé
Communautés, échanges, moyens, **19**:19
Indiens vivant hors des réserves, **19**:6-7
Niveau, comparaison avec celui des Canadiens, **12**:18-9, 21-2; **19**:4-5
Suicides, taux, **19**:4, 25
Voir aussi Hôpitaux; Santé, services; Santé communautaire, services; Sports

ACC. *Voir* Association des consommateurs du Canada

ACDI. *Voir* Agence canadienne de développement international

ACIM. *Voir* Association canadienne de l'industrie du médicament

Adamack, Thomas L. (Association canadienne des optométristes)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **24**:5-7, 19-23, 25-6

Affaires indiennes et Nord canadien, ministère. *Voir* Santé, services—Autochtones—Santé

Afrique du Sud. *Voir* Jeux du Commonwealth de 1990, Auckland, Nouvelle-Zélande; Sports

Âge de retraite. *Voir* Travailleurs âgés

Agence canadienne de développement international (ACDI). *Voir* Femmes—Victimes de discrimination

***Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, publication.** *Voir* Santé, services—Personnes âgées—Fardeau financier pour l'avenir—Evans

Agressions sexuelles. *Voir* Femmes—Handicapées; Enfants—Victimes

Aînés. *Voir plutôt* Personnes âgées

Aînés, autonomie, Programme d'aide
Financement, **28**:25-6; **32**:24-5, 27
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, recours, **18**:31-2
Projets, **10**:10-1, 21
Révision, **32**:5, 16-7, 24

Alar, pesticide. *Voir* Pommiers

Alcool
Et stupéfiants, abus, **39**:7, 9-11
Voir aussi Enfants—Santé

Alcool et drogues, abus, lutte, programme national (PNLAADA). *Voir* Autochtones

Alcoolisme
Prédisposition génétique mais non raciale, **12**:26-7
Voir aussi Autochtones

Aldred, Joel (Conseil consultatif national sur le troisième âge)
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **15**:27-36, 38-9, 41-3

ALE. *Voir* Libre-échange canado-américain, Accord

Alexander, Marguerite (Conseil consultatif canadien de la situation de la femme)
Emploi et immigration, budget principal 1990-1991, **31**:13-4, 24-5

Alimentation et nutrition. *Voir* Personnes âgées; Santé; Santé, services

Aliments
Contenu, informations, communication, **1**:49
Étiquetage, politique, **1**:48-9
Inspection, programme interministériel, **28**:9, 12
Qualité et innocuité, **1**:43, 45-6

Aliments—*Suite*
Sécurité
Information, réseau, **1**:31
Intervention, **28**:9
Toronto, Ont., conférence, **28**:10
«Syndrome du hamburger», **28**:12

Allocations familiales. *Voir* Enfants—Entretien; Sécurité du revenu, programmes

Alzheimer. *Voir* Maladies

AMC. *Voir* Association médicale canadienne

American College of Surgeons. *Voir* Santé, services—Interventions chirurgicales—Inutiles

Anderson, Edna (PC—Simcoe-Centre)
Comité, sous-comité du programme et de la procédure, rapports, **54**:5-6
Condition physique et sport amateur, sous-comité, rapport, étude, **47**:61
Santé, services, fonctionnement et financement, étude, **54**:6

Angiographies coronariennes. *Voir* Santé, services—Interventions chirurgicales—Pontages coronariens—Et angiographies

Animaux. *Voir* Recherche biomédicale

Antidopage. *Voir* Sport amateur

Appendice
Groupe de travail sur la thalidomide, mémoire, **50A**:21-40

Arrêts cardiaques. *Voir plutôt* Crises cardiaques

Arrow Airlines. *Voir* Gander, T.-N.—Avion

Asiatiques. *Voir* Personnes âgées

Aspirine. *Voir* Crises cardiaques—Prévention

Assistance publique du Canada, Régime (RAPC). *Voir* Garderie, services

Assistance sociale. *Voir plutôt* Bien-être social

Assistés sociaux. *Voir* Médicaments—Thalidomide, victimes, dédommagement—Fonds de 7,5 millions $, répartition à parts égales

Association canadienne de l'industrie du médicament (ACIM)
Représentation, **53**:106-7
Voir aussi Personnes âgées—Médicaments, consommation; Recherche et développement—Sciences; Santé, services—Dossiers médicaux, inscription sur une «carte intelligente»; Témoins

Association canadienne de physiothérapie
Description, **44**:21
Voir aussi Santé, Loi canadienne—Physiothérapie; Santé, services—Physiothérapeutes—Pénurie, *et* Santé communautaires, services; Témoins

Association canadienne des diététistes
Représentation, **27**:18
Voir aussi Témoins

Association canadienne des ergothérapeutes
Représentation, **26**:4
Voir aussi Santé, services; Témoins

INDEX

COMITÉ PERMANENT DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

DEUXIÈME SESSION—TRENTE-QUATRIÈME LÉGISLATURE

DATES ET FASCICULES

—1989—

Avril:	le 20, f.1.
Mai:	les 16 et 24, f.1.
Juin:	le 6, f.2; le 8, f.3; le 13, f.4; le 14, f.5; le 15, f.6; le 22, f.7; le 27, f.8.
Septembre:	le 27, f.9.
Octobre:	les 12, 19 et 26, f.10.
Novembre:	le 28, f.10.
Décembre:	les 5 et 12, f.11; le 19, f.12.

—1990—

Janvier:	le 23, f.13; le 30, f.14.
Février:	le 6, f.15; le 13, f.16; le 20, f.17.
Mars:	le 8, f.18; le 13, f.19; le 20, f.20; le 22, f.21; le 27, f.22.
Avril:	le 3, f.23; le 10, f.24; le 26, f.26.
Mai:	le 1er, f.27; le 2, f.28; le 8, f.29; le 10, f.30; le 15, f.31; le 22, f.32; les 24 et 29, f.33; le 31, f.34.
Juin:	le 5, f.35; le 12, f.36; le 14, f.37.
Octobre:	le 9, f.38; le 11, f.39; le 18, f.40; le 23, f.41; le 25, f.42; le 30, f.43.
Novembre:	le 1er, f.43; le 6, f.44; le 8, f.45; le 22, f.46.
Décembre:	le 4, f.47; le 10, f.48; le 11, f.49.

—1991—

Janvier:	le 21, f.51 et f.52; le 22, f.53.
Février:	le 26, f.54.
Mars:	les 5, 12, 14, 19, 21 et 26, f.54.
Avril:	les 8, 9 et 11, f.54.
Mai:	le 1er, f.54.

N.B. Les 23 et 24 avril 1990, le Comité a participé au Forum parlementaire sur les changements climatiques dans le monde. Les procès-verbaux et témoignages sont publiés dans un fascicule spécial non indexé.

GUIDE DE L'USAGER

Cet index est un index croisé couvrant des sujets variés. Chaque fascicule est enregistré selon la date et cette référence se trouve à la page suivante.

L'index contient l'analyse des sujets et les noms des participants. Chaque référence apparaît sous les deux rubriques afin de faciliter l'accès par le nom de l'intervenant ou par le sujet. Les chiffres qui suivent les titres ou sous-titres correspondent aux pages indexées. Certains sujets d'importance font aussi l'objet de descripteurs spéciaux.

Les noms des intervenants et les descripteurs sont inscrits dans un ordre alphabétique. Certaines entrées relatives à la législation sont indexées chronologiquement.

Une entrée d'index peut se composer d'un descripteur en caractères gras et d'un ou de plusieurs sous-titres tels que:

Impôt sur le revenu
Agriculteurs
Gains en capital

Les renvois à un premier sous-titre sont indiqués par un long trait.

Gains en capital. *Voir* Impôt sur le revenu—Agriculteurs

Les abréviations et symboles que l'on peut retrouver dans l'index sont les suivants:

1re, 2e, 3e l. = première, deuxième, troisième lecture. A. = appendice. Am. = amendement. Art. = article. Chap. = chapitre. Dd. = ordre de dépôt de documents. Déc. = déclaration. M. = motion. Q.F. = question au *Feuilleton*. Q.o. = question orale. R.g. = réponse du gouvernement. Rés. = résolution. S.C. = Statuts du Canada. S.r. = sanction royale.

Affiliations politiques:

BQ	Bloc Québécois
Cons. Ind.	Conservateur indépendant
Ind.	Indépendant
L	Libéral
NPD	Nouveau parti démocratique
PC	Progressiste conservateur
Réf.	Parti réformiste du Canada

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser au Service de l'index et des références (613) 992-7645. Télécopieur (613) 992-9417

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Published under authority of the Speaker of the House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing, Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

C687900045

CANADA

INDEX

DU

COMITÉ PERMANENT DE LA

Santé et du Bien–être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicules nos 1–54 • 1989–1991 • 2e Session • 34e Législature

JUN 3 1992